Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1/1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 52. 24. December 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1/1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B.

Weitere Mittheilungen über Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken.

Von Dr. *G. Reinhold*, Assistenzarzt.

Ueber die ersten Versuche, welche Herr Professor Emminghaus mit der Verabreichung frischer Hammel-Schilddrüse an kropfleidenden Geisteskranken anstellen liess, habe ich in No. 31 des vorigen Jahrgangs dieser Wochenschrift berichtet. Aus der inzwischen reichlich erwachsenen einschlägigen Literatur will ich nur eine kurze Abhandlung von P. Bruns[1]) „Ueber die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung" erwähnen. Die Resultate der Bruns'schen Untersuchungen sind im Wesentlichen dieselben, wie die in unserer Klinik beobachteten und führen Bruns zu dem Schluss, dass die Schilddrüsenfütterung auf manche Strumen eine specifische Wirkung ausübt und deren rasche Verkleinerung oder vollständige Beseitigung bewirkt.

Die Patienten unserer Klinik sowohl wie die Bruns'schen wurden mit frischer Schilddrüse gefüttert. Da der therapeutische Erfolg dieser Art der Medication nach den mitgetheilten Beobachtungen als gesichert betrachtet werden musste, wurden die folgenden Versuche mit den nach jeder Richtung weitaus bequemeren Trockenpräparaten von Burrougs, Wellcome und Co. (Dry Thyroid Gland à 5 g = 0,3 g) und E. Merck (Tabulae Thyreoidini siccati à 0,1 g) angestellt. Die beiden Präparate scheinen ziemlich gleichwerthig, wenn auch dem Merckschen Fabricat ein entschieden weniger intensiver Geruch anhaftet als dem englischen. Bezüglich der therapeutischen Wirkung zeigen beide Präparate jedenfalls keinen nennenswerthen Unterschied.

Unter unseren mit Struma behafteten Kranken wurden solche mit Parenchymkröpfen ausgewählt, da, wie wir früher beobachten konnten, und auch Bruns hervorhebt, Cystenkröpfe wenig oder keine Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung bieten. Im Ganzen wurden 12 Patienten der Thyreoidea-Behandlung unterworfen.

Wie die Tabelle zeigt, sind die hauptsächlichsten Formen der Psychosen, namentlich solche functioneller Natur vertreten. Was das Alter anlangt, so sind die jugendlichen Altersstufen vorherrschend.

Behufs gleichmässigerer Beobachtung wurden gleichzeitig möglichst viele Patienten der Behandlung unterworfen und zwar die grösste Mehrzahl auf die Dauer von 6 Wochen. Verordnet wurde pro die eine Tablette, und zwar bekam ein Theil der Patienten Anfangs das englische Fabricat, ein anderer Theil die Merck'schen Tabletten, welche später ausschliesslich zur Verwendung gelangten.

[1]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1894. No. 1.

Der Umstand, dass einige Patienten die Tabletten nicht ganz regelmässig nahmen (was ja bei Geisteskranken nicht weiter auffällig ist), erklärt die trotz gleichmässiger Ordination verschiedene Anzahl der im Einzelnen genommenen Tabletten. Wegen der Aversion, welche gewisse Kategorien von Geisteskranken bekanntlich gegen Medicamente überhaupt zeigen, musste bei einigen, an sich recht geeigneten Fällen von der Thyreoideabehandlung Abstand genommen werden.

Was die Strumen anlangt, so blieb der erwartete Erfolg der Behandlung in keinem einzigen Fall aus. Je nach Grösse des vorhandenen Kropfes war natürlich die erzielte Verminderung des Halsumfangs verschieden.

Nachstehende Tabelle gibt eine Uebersicht über die behandelten Fälle und die erreichten Resultate:

Lauf. No.	Name	Alter	Art der Psychose	Pat. bekam in		Verhalten d. Körpergewichts	Vermind. des Halsumfanges	Bemerkungen
				Tag.	Tabl.			
		J.				k	cm	
1	K. A.	47	Melanch. agitata	42	31	— 1,8	3	Psychisch ganz unverändert; somatisch keine Symptome.
2	B. P.	29	Manie	42	23	— 1,0	2	Psych. ganz unveränd.; somat. keine Sympt.
3	W. H.	23	Paranoia acuta	42	37	+ 4,5	2	Psych. bedeut. Besserg.; somat. keine Sympt.
4	O. B.	27	Dementia	42	40	— 1,0	3	Psych. ganz unveränd.; somat. keine Sympt.
5	O. K.	17	Epilept. Psychose	42	34	+ 0,5	1,5	Psych. keine Aenderg.; somat. keine Sympt.
6	J. B.	27	Dementia (nach Manie)	42	34	+ 5,0	1,0	Psych. keine Aenderg.; somat. keine Sympt.
7	M. T.	19	Manie	42	42	+ 1,3	1,5	Genesen; somat. keine Sympt.
8	T. K.	47	Paranoia chronica	38	38	— 2,5	2,5	Psych. ganz unveränd.; somat. keine Sympt.
9	M. W.	20	Hebephrenie	42	42	— 3,5	2	Psych. ganz unveränd.; somat. keine Sympt.
10	L. O.	27	Melancholie	42	39	— 2	6	Psych. Verschlimmerg.; somat. keine Sympt.
11	F. D.	40	Melancholie	42	42	— 2,5	2,5	Psychisch unverändert; somat. keine Sympt.
12	M. G.	43	Paranoia chronica	26	26	stabil	2,0	Psych. ganz unveränd.; somat. keine Sympt.

Auch das Verhalten des Körpergewichts entspricht im Wesentlichen dem bei Thyreoideabehandlung gewöhnlich beobachteten, insofern als es in der weitaus grösseren Anzahl der Fälle eine deutliche Abnahme erfuhr. Allerdings wurde in drei Fällen (3., 5., 7.) eine nicht unbeträchtliche Zunahme des Körpergewichts constatirt. Bezüglich der Fälle 3 und 7 erklärt sich diese Steigung aber mit der gleichzeitig eintretenden Besserung bezw. Genesung in psychopathischer Beziehung, beides Momente, welche ja in der Regel ein Ansteigen der Körpergewichtscurve bewirken. Nach ähnlichen Gesichtspunkten ist Fall 6 zu beurtheilen, bei welchem sogar eine Gewichtszunahme von 5 kg beobachtet wurde. Auch bei diesem Fall ist wohl die demente Geistesverfassung die Ursache des körperlichen Gedeihens. Die Gewichtsdifferenz von 0,5 kg (Fall 5) ist zu

gering, um nach irgend welcher Seite Grund zu einer Erörterung zu geben; dieser Fall, sowie Fall 12 würden unserer früheren Beobachtung entsprechen, wonach ein wesentliches Sinken des Körpergewichts nicht regelmässig bei Schilddrüsentherapie zu erfolgen braucht.

Ganz besonders aber interessirt nun noch das psychische Verhalten der Patienten während der Thyreoideabehandlung; diesbezüglich sprechen die gemachten Erfahrungen dafür, dass von einer solchen Cur eine Besserung psychopathischer Symptome im allgemeinen Sinne wahrscheinlich nicht zu erwarten ist, sondern dass der Verlauf der Psychosen durch das wirksame Princip der Schilddrüsenbehandlung nicht beeinflusst wird. Denn was die an einigen der Kranken beobachtete Besserung und zunächst den Fall 7 anlangt, welcher allerdings während der Thyreoideabehandlung aus einem Stadium ziemlich stürmischer Symptome in Genesung überging, so liegen hier die Verhältnisse dennoch so, dass die für die Manie gewöhnliche Dauer von etwa 6 Monaten in keiner Weise durch die eingeleitete Schilddrüsenbehandlung abgekürzt wurde und man angesichts der grossen Mehrzahl der Fälle, bei denen diese Behandlung erfolglos blieb, diesen einen Fall nicht als maassgebend für die Beurtheilung ansehen kann. Entsprechende Gesichtspunkte sind für die Beurtheilung des während der Thyreoideabehandlung ganz bedeutend gebesserten Falles 3 maassgebend. Aehnliche Besserungen stellten sich im Verlauf dieser Psychose noch mehrmals ein, bis endlich nach mehreren Monaten Genesung eintrat und dementsprechend die während der Schilddrüsentherapie beobachtete Besserung einer Remission gleichgestellt werden muss. Eine solche aber in ursächlichen Zusammenhang mit der eingeleiteten Behandlung zu bringen, dürfte doch wohl zu gewagt sein. Die übrigen Fälle blieben sämmtlich psychisch unverändert bis auf den Fall 10, welcher während der Thyreoideabehandlung sogar eine wesentliche Verschlimmerung erfuhr. Gerade dieser Fall, welcher in seinem weiteren Verlauf durchaus nichts für eine Melancholie Ungewöhnliches bot und nach einigen Monaten in völlige Genesung überging, scheint mir für die vorhin geäusserte Ansicht zu sprechen, dass der Verlauf der Psychosen durch Schilddrüsenbehandlung nicht beeinflusst werde. Diese Ansicht scheint mir auch bei dem noch verhältnissmässig kleinen Beobachtungsmaterial dennoch zu Recht zu bestehen: denn wenn das Umgekehrte der Fall wäre, so müsste auch bei unseren Patienten der eine oder andere zweifellose Erfolg der Behandlung zu verzeichnen gewesen sein.

Weiterhin trifft auch der Einwand, welcher diesbezüglich etwa erhoben werden könnte, dass die in unserer Klinik geübte Behandlung nicht lange genug durchgeführt worden sei, desshalb nicht zu, weil bei der grösseren Hälfte der in der Tabelle enthaltenen Fälle die Tabletten (auch in der doppelten Tagesdosis) noch mehrere Monate weiter gegeben wurden, ohne dass auch nur der geringste Effect zu verzeichnen gewesen wäre. Dies gilt indessen nicht bloss von dem Verhalten der Patienten in psychischer Beziehung, sondern auch von dem der Strumen. Diesbezüglich wurde die Beobachtung gemacht, dass die specifische Wirkung der Schilddrüsensubstanz auf die Strumen sich sehr bald zu erkennen gibt und in nicht allzu langer Zeit ihr Maximum erreicht, worüber hinaus dann für eine weitere Verordnung von Thyreoidea keine Indication mehr vorhanden wäre.[2])

Dass mit Aussetzen der Tabletten eine Wiederzunahme des Halsumfanges erfolge, wurde bei uns bis jetzt nur in einem einzigen Falle beobachtet, indessen möchte ich dieser Einzelbeobachtung keine Bedeutung beimessen; denn es handelt sich in diesem Fall um eine Psychose mit exquisit chronischem Verlauf (Melancholie mit langsamem Uebergang in Demenz), bei welchem die erneute Dickenzunahme des Halses um 1 cm auch in der allgemeinen beträchtlichen Steigung des Körpergewichts seine Erklärung findet, und ebenso die erreichte Verminderung des Halsumfangs zum Theil jedenfalls erfolgte in Gemässheit der durch die Schilddrüsentherapie erreichten Abnahme des Körpergewichts. In allen übrigen Fällen wurde, wie gesagt, ein Wiederwachsen der Kröpfe nicht beobachtet.

Störende somatische Erscheinungen, von denen anderorts hier und da berichtet wird, traten in keinem der von uns behandelten Fälle auf, auch nicht bei den mehrere Monate mit Thyreoidea behandelten Kranken. In gleicher Weise wie bei den Versuchen im Frühjahr 1894 wurde auch diesmal den Verhältnissen des Herzens und des Urins besonders Rechnung getragen, niemals aber die geringste Störung beobachtet. Interessant dürfte noch sein, dass Fall 8, welcher mit einer allerdings gut compensirten Aorteninsufficienz behaftet war und bei welchem die bedeutendste Verminderung des Halsumfangs erreicht wurde, ebenso wie die übrigen Fälle das Mittel vollkommen gut vertragen hat.

Wie die vorstehend mitgetheilten Beobachtungen ergeben, kann man bei Geistesstörung von einer Thyreoideabehandlung eine günstige Beeinflussung der Psychose nicht erwarten, wohl aber fand sich das früher an dieser Stelle mitgetheilte Ergebniss bestätigt, dass die Hammelschilddrüsensubstanz, innerlich gegeben, eine specifische Wirkung auf die parenchymatösen Strumen auszuüben vermag, insofern dieselben bei Verabreichung von Thyreoidea rasch an Grösse abnehmen; dies gilt auch von der Form der Medication in Tabletten.

Natürlich hat sich die Industrie dieses Mittels bemächtigt, und neuerdings wird für ein Präparat, Thyradeïn genannt, als geruchlos und unschädlich, Reclame gemacht. Goldscheider[3]) warnt mit grossem Recht vor derartigen industriellen Anpreisungen und redet energisch der biologischen und physiologisch-chemischen Forschung das Wort, deren Aufgabe es sei, die in den Organsäften vorhandenen Stoffe zu isoliren und ihre Wirkung zu bestimmen.

Mittheilung über die Wirkung der Diphtherie-Toxine auf die Gewebe des menschlichen Körpers.[1])

Von Hofrath Dr. *Cnopf sen.*

Wenn unter günstigen örtlichen und allgemeinen Bedingungen der Klebs-Löffler'sche Bacillus auf der Schleimhautoberfläche des Rachens und der Athmungsorgane sich ansiedelt, so erfolgt auf der Schleimhaut eine Reaction, die sich als Degenerationsvorgang charakterisirt. Durch die von den Bakterien producirten Stoffwechselproducte entstehen dann Fernwirkungen auf die verschiedensten Organtheile des Körpers. Eine gewisse Regelmässigkeit der Aufeinanderfolge und eine gewisse Gleichartigkeit der Erscheinungen auf eine gleiche Ursache hin, hat Veranlassung gegeben, den Vorgang als einen specifischen zu betrachten.

Diese nicht auf Hypothesen, sondern auf mühsame Untersuchungen und Thierexperimente sich stützende Anschauung über die Pathogenese der Diphtherie ist nicht allseitig anerkannt worden.

Besonders von Seiten pathologischer Anatomen hat sie desshalb Widerspruch erfahren, weil die Untersuchung der primär erkrankten Rachenschleimhaut bei Scharlach und Diphtherie einen Unterschied nicht ergibt und weil durch die Untersuchung der toxisch inficirten, entfernt liegenden Organe eine specifische Gewebsveränderung bei Diphtherie nicht constatirt werden kann.

Die Richtigkeit zugestanden, so ist es doch ausser allem Zweifel, dass die anatomische Untersuchung allein nicht immer ausreichen kann, gewisse Krankheiten zu differenciren.

Aus den Gewebsveränderungen der Haut eines an Scarlatina, oder an Morbillen Verstorbenen dürfte einem pathologi-

[2]) Auf das Deutlichste zeigten dies zwei Fälle von Strumen bei Personen ohne psychopathische Symptome; verordnet wurden den durchaus gesunden Personen täglich 2 Tabletten à 0,2 g. Im ersten Fall trat schon nach 4 Tagen eine Verminderung des Halsumfanges von 2 cm ein; im zweiten wurde nach 14 Tagen der Hals um 3,5 cm dünner befunden. Körperliche Beschwerden wurden auch hier durch das Mittel nicht verursacht.

[3]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1894. No. 17.

[1]) Vortrag, gehalten in der XX. Sitzung des ärztlichen Vereins Nürnberg am 7. November 1895.

schen Anatomen kaum möglich sein, einen charakteristischen Unterschied zu finden. Intra vitam ist das Krankheitsbild auf der Haut und der Verlauf der Erkrankung ein so charakteristischer, dass an dem specifischen Unterschied zwischen beiden Krankheiten wohl niemand zweifelt.

Kann demnach der klinischen Beobachtung das Recht, über eine Krankheit und ihren Charakter mit zu urtheilen, nicht abgesprochen werden, so mag es mir auch vergönnt sein, Ihnen folgenden Krankheitsfall, der mir ein eigenthümliches Licht auf die Wirkung der Diphtherietoxine zu werfen scheint, mitzutheilen.

Am 7. November vorigen Jahres wurde ich in die Familie H. gerufen zu der 8jährigen Tochter, die, wie es schien, an einer Angina tonsill. follicularis erkrankt war. Bei mässigem Fieber und geringer Alteration des Allgemeinbefindens waren bei ihr auf den wenig geschwollenen und gerötheten Tonsillen einzelne gelbe, scharf umschriebene Punkte zu constatiren.

Bei der Gelegenheit erfuhr ich, dass ihr Bruder, ein 7jähriger, kräftig entwickelter, meist gesunder Knabe 3 Tage vorher ebenfalls an einer Angina, die er wiederholt schon durchgemacht hatte, erkrankt gewesen sei. Obwohl die Krankheit mit Fieber einsetzte, so unterliess es doch die sonst sehr besorgte Mutter, ärztliche Hilfe zu beanspruchen, weil sie unter Anwendung der ihr von früher her bekannten Mittel — Borgurgelungen und Eis — nicht nur ein Schwinden des Fiebers, sondern auch ein Verschwinden der örtlichen Erscheinungen innerhalb 24 Stunden beobachtete.

Mir gegenüber gerirte sich der Knabe vollkommen wohl, hatte keinerlei Drüsenschwellung, Schmerzen oder Beschwerden, sein Appetit und die sonstigen Functionen waren sämmtlich in der Ordnung. Das Einzige, was ich constatiren konnte, war ein gewisser Blutreichthum und eine Schwellung der hinteren Schlundwand, über die zuweilen von dem Nasenrachenraum herab ein zäher, gelblicher Schleim floss. Ein gleiches Secret kam auch aus der Nase, deren Mündungen leicht excoriirt waren. Der Thermometer wurde trotzdem täglich dreimal angewendet. Er bewegte sich innerhalb der Grenzen von 37,8 und 36,2. Bei einer 12tägigen Beobachtung betrug der Durchschnitt sämmtlicher Tagesdurchschnittstemperaturen 37,54. Da innerhalb dieser Zeit die Schleimhaut des Pharynx von Tag zu Tag bleicher, die Secretion desselben, wie auch die der Nase geringer wurde und die Excoriation der Nase geheilt war, so musste der Knabe, der sich vollständig wohl fühlte, als genesen betrachtet werden.

Der objectiven Beobachtung zufolge hatte derselbe lediglich an einem Katarrh der Nase und des Pharynx gelitten und doch war der Verdacht nicht ganz von der Hand zu weisen, dass der Katarrh specifischer Natur gewesen sei.

Zwei Momente waren es, die den gehegten Verdacht zu begründen schienen. 1) Die Erkrankung der Schwester, welche trotz der follikulären Form der Angina, die bei scheinbarer Besserung immer wiederkehrte und erst nach Anwendung des Heilserums zum bleibenden Verschwinden kam, entschieden als eine diphtheritische zu erklären war.

2) Die Erkrankung des Knaben selbst an einer Urticaria, die am sechsten resp. neunten Tag auftrat und ca. 48 Stunden anhielt.

Es war desshalb sehr zu beklagen, dass meine Bestrebungen, mir Klarheit zu verschaffen, misslangen. Zweimalige, zu verschiedenen Zeiten angestellte Versuche, Culturen anzulegen, scheiterten an der übergrossen Aengstlichkeit der Kinder und Eltern, die es mir unmöglich machten, mit Sicherheit von den erkrankten Schleimhautpartien abzuimpfen.

So musste ich mich denn lediglich auf die makroskopische Beobachtung stützen und auf Grund derselben den Knaben am 18. November für genesen erklären. Das Benehmen desselben, die vollständig ungestörte Function sämmtlicher Organe liess auch nicht den geringsten Zweifel an dieser Annahme aufkommen.

Zehn Tage nachher hatten die Kinder in stürmischer Weise in ihrem Zimmer gespielt. Am folgenden Tag, den 29. November, wurde ich wieder gerufen, weil der Kleine wegen Schmerzen in der Höhe des 12. Brust- und 1. Lendenwirbels, sowie wegen rheumatoider Schmerzen in beiden Unterextremitäten, besonders um das Knie- und Sprunggelenk das Bett nicht verlassen konnte.

Die Untersuchung ergab Fieberlosigkeit, eine ungestörte Motilität und Sensibilität, keinerlei Druckempfindlichkeit und Schwellung der als schmerzhaft bezeichneten Extremitäten. Ebenso führte die Untersuchung der inneren Organe, besonders des Herzens, wie auch die des Urins, zu einem negativen Resultat. Unter solchen Umständen war die Annahme eines Traumas nicht unwahrscheinlich, doch aus manchen Gründen nicht sicher anzunehmen. Der weitere Verlauf sollte bald Klarheit bringen.

Die Fieberlosigkeit dauerte fort, aber bereits am folgenden Tage war der Nerveneinfluss auf die Musculatur der Unterextremitäten erheblich gemindert. Der Knabe war nicht im Stande, auf seinen Füssen zu stehen und konnte sie in liegender Stellung nur mühsam bewegen. Die Empfindlichkeit für Druck und Temperatur blieb vollständig intact.

Bereits am folgenden Tag waren beide Unterextremitäten vollständig gelähmt, die Sehnenreflexe erloschen, dagegen die Sensibilität der Haut in keiner Weise alterirt.

Ausser dieser Parese war auch eine Lähmung der Harnblase und des Mastdarmes eingetreten.

Bei diesem plötzlichen Auftreten der geschilderten Erscheinungen hätte man immerhin noch an eine durch ein Trauma bedingte spinale Blutung denken können, wäre nicht gleichzeitig auch eine Lähmung sämmtlicher Recti beider Augen zu constatiren gewesen. Das Sensorium war vollständig frei, die Schlundbewegung ungestört.

Bei dieser Complication der Lähmungen sprach die grösste Wahrscheinlichkeit für eine durch Diphtherie bedingte toxische Infection, obgleich von meiner Seite das Vorhandensein eines localen diphtheritischen Processes nie hatte constatirt werden können.

So charakteristisch die Symptomengruppe für eine postdiphtheritische Lähmung war, so hatte sie doch gegenüber den sonst gewöhnlichen Lähmungsbezirken das Eigenthümliche, dass, wie schon erwähnt, die Schluckorgane, aber auch die Accommodation, was sich aus wiederholt angestellten Untersuchungen ergab, vollständig normal functionirten.

Für diese Besonderheit mag der Grund darin gesucht werden, dass ein ausgesprochener localer Process nie hatte beobachtet werden können.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung blieben die Lähmungen auf die oben angegebenen Körperregionen beschränkt, zeigten aber eine grosse Beständigkeit, so dass erst nach 18 Tagen zuerst an den Augen ein beginnender Einfluss auf die Bewegung wahrgenommen werden konnte. Nach Verfluss eines Monates nach Eintritt der Lähmungen waren schwache Bewegungen in den Muskeln beider Oberschenkel, bereits am folgenden Tage auch schwache Bewegungen der Zehen möglich. Immerhin verfloss noch ein Monat, bis sich der Knabe auf seine Gitterbettstätte stützend aufrichten und auf seine Füsse stellen konnte. Von da an machte der Nerveneinfluss auf die Musculatur der Extremitäten unter Anwendung der Elektricität stetige und rasche Fortschritte.

Der Mangel der sonst gewöhnlich vorhandenen Schlundlähmung bereitete der Ernährung in dem vorliegenden Fall zwar keine Schwierigkeiten, dafür drohte ihr von anderer Seite eine grosse Gefahr.

Am dritten Tage nach Eintritt der Lähmungen stellte sich Fieber ein, das sich rasch steigerte und durch aussergewöhnliche Höhe und grosse Hartnäckigkeit — es dauerte 23 Tage lang — auszeichnete. Die höchste Höhe (41,1) erreichte der Thermometer am 8. December, dem sechsten Tag nach Beginn der Lähmungen, an welchem Tag die Durchschnittstemperatur 40,75 betrug. Dreizehn Tage lang hatte der Knabe im Mittel aus 72 Beobachtungen die enorme tägliche Durchschnittstemperatur von 39,91.

Verschiedene Antipyretica wie Salicyl, Phenacetin, Antipyrin, Chinin hatten entweder gar keinen, oder höchst geringen und kurz dauernden Einfluss. Am wohlthätigsten wirkten warme Bäder mit Abkühlung, deren eine grosse Zahl genommen wurde.

Um Nichts unversucht zu lassen, wurde auch am 8. December eine Injection von Behring's Heilserum II vorgenommen. Merkwürdiger Weise erfolgte darauf innerhalb zwei Tagen ein lytischer Abfall der Temperatur bis auf 37,7. Ein jähes Aufsteigen derselben am 10. December auf 41 ermuthigte nicht zur Fortsetzung der begonnenen Cur.

Die Schwere der Erscheinungen und die Grösse der Verantwortung, die daraus dem Arzt erwuchs, veranlassten mich, Herrn Dr. Stein am 6. December zu consultiren, der mir in den schwierigen Situationen treulich zur Seite gestanden ist.

Es bedarf wohl kaum der Erwähnung, dass das anhaltende Fieber häufig Veranlassung gab, die inneren Organe der Brust und des Unterleibs einer Untersuchung zu unterwerfen, die aber nur einen mässigen Katarrh der Bronchien und eine geringe Schwellung der Milz ergab. Ikterus war nie vorhanden und das Bewusstsein blieb stets frei.

Es ist oben bereits erwähnt worden, dass am 1. December mit Eintritt der Parese der Unterextremitäten die Musculatur der Blase gelähmt wurde, in Folge dessen eine Harnverhaltung und Ausdehnung der Blase bis zur Nabelhöhe eintrat. Da warme Umschläge und Massage des Unterleibs sich erfolglos erwiesen, war ich, so ungern ich es auch that, gezwungen, zum Katheter zu greifen. Zu dem Zweck wählte ich Nelaton No. 5 ohne Mandrin. Das Instrument war vorher noch nie gebraucht, wurde jedoch vor der Anwendung mit 2 proc. Borlösung ausgespült und äusserlich abgewaschen. Trotz des kleinen Calibers, die das Ausfliessen des Urins sehr langwierig und zeitraubend machte, war die Einführung des Instrumentes eine schwierige. Der Knabe hatte nämlich eine sehr lange und enge Vorhaut, so dass das Sichtbarmachen des Orificium urethrae, das Fixiren der Glans penis und das Einführen des weichen und haltlosen Instrumentes auf nicht geringe Schwierigkeiten stiess. Für die zarte Durchführung des unvermeidlichen operativen Eingriffes mag jedoch die Thatsache sprechen, dass weder an dem Instrument selbst, noch in den letzten Tropfen des ausfliessenden Urins sich je die leiseste Spur einer Blutbeimengung wahrnehmen liess. Der gewonnene Urin war klar und bei Kochen mit Säuren frei von Eiweiss. Der Katheterismus wurde nur bei erheblicher Ausdehnung der Blase, was im Tag meist einmal, höchstens zweimal der Fall war, angewendet. Zwei Tage nachher, am 3. Dec., war der entleerte Urin getrübt, gab auf Kochen mit Säurezusatz eine schwache Trübung und bei mikroskopischer Untersuchung war eine reichliche Beimengung von Blasenepithelien und Leukocyten zu constatiren. Es war also trotz aller Vorsicht ein Blasenkatarrh vor-

handen. Um demselben sofort zu begegnen, spülte ich die Blase nach der Entlerung des Urins mit 1 proc. Resorcinlösung aus und um die Ausführung des Katheterismus noch milder zu gestalten, wählte ich die vorhandene niedrigste Nummer von Nelaton, die ich nun vor der Einführung auskochen liess. Unter diesen Cautelen kam der Blasenkatarrh zu keiner weiteren Entwicklung und verlor sich allmählich. Glücklicher Weise war die Anwendung des Instrumentes nur 5 Tage lang nothwendig, weil der Urin nun von selbst, wenn auch unwillkürlich, abfloss. Vom 3. Tag an erwuchsen nämlich der Einführung des Katheters neue Schwierigkeiten dadurch, dass die Haut des Praeputiums und die des ganzen Penis sich stark röthete und mächtig anschwoll. War das weitmaschige Gewebe der Haut grösstentheils mehr weich, serös durchtränkt, so war doch von der Oberfläche des Praeputiums über den Rücken nach der Wurzel des Penis sich hinziehend, ein härtlicher Strang zu fühlen. Fünf Tage nachher zerfiel die Haut ohne vorgegangene Blasenbildung sowohl am Praeputium, wie an der Wurzel des Penis, so dass an ersterer Stelle in kurzer Zeit ein ca. Markstück grosses Geschwür, an letzterer Stelle ein fast die ganze Circumferenz des Penis bis auf eine kleine Brücke umfassendes, ringförmiges, $1^1/_2$ cm breites Geschwür entstund. Wie besonders dieses ringförmige Geschwür ohne einen nachträglichen operativen Eingriff heilen sollte, konnte ich mir kaum denken und doch sollte es anders kommen. Die Wunden bedeckten sich bei einem milden Salbenverband und der wie oben schon erwähnten häufigen Anwendung von warmen Bädern mit guten, lebhaft aussehenden Granulationen. Die Ueberhäutung aber ging ziemlich langsam vor sich. Nach Verfluss eines Monats, zu einer Zeit, wo sich auch in den Füssen der Nerveneinfluss auf die Musculatur wieder bemerklich machte, war dieselbe so ziemlich vollendet.

Nicht ohne Grund habe ich den Katheterismus mit seinen Folgen in so umständlicher Weise geschildert, damit auch Ihnen das Auffallende und Merkwürdige der Erscheinungen klar werden möchte.

Der Reinlichkeit wegen und zur Erleichterung des Kranken wurde ein Uringlas in Gebrauch gezogen. Damit dessen Kälte den Kleinen nicht erschrecken sollte, wurde dasselbe vor der Anwendung erwärmt. Am 4. December, also am 3. Tag nach Eintritt der Lähmung mochte die ängstliche Mutter in ihrer Fürsorge zu weit gegangen sein, denn nun entstund durch den Contact mit dem zu warmen Glas an der Innenseite des Condylus des rechten Knie's eine ca. Markstück grosse Blase. Die emporgehobene Epidermis stiess sich ab und nun lag im Umfang eines Thalers das Corium frei, ein kreisrundes, mit lebhaften Granulationen bedecktes Geschwür bildend. Auch hier liess die Heilung ziemlich lang auf sich warten und erfolgte erst nach Monatsfrist so ziemlich gleichzeitig mit der der Peniswunde.

Am 7. Januar war die Brandwunde von einer zarten Epidermis überhäutet. Am 8. Januar, wo der Kleine schon ziemlich lebhaft war, verlangte er dringend, vorbeifahrende Schlitten zu sehen. Die Mutter konnte dem Drängen nicht widerstehen. Sie nahm das in Decken wohl eingewickelte Kind auf den Arm und brachte es nur für wenige Minuten an das Fenster. Am nächsten Morgen war die ganze Umgebung der geheilten Brandwunde blutig suffundirt, 2 Tage nachher die zarte Epidermisschichte von einer serös blutigen Flüssigkeit emporgehoben. Dieselbe platzte und nun lag wieder das Corium entblösst zu Tage. Der Heilungsvorgang und die Ueberhäutung erfolgte diesmal viel schneller, in ungefähr 4—5 Tagen.

Um durch den Druck der Bettstücke eine Steigerung des paralytischen Spitzfusses hintanzuhalten, schützten wir die Extremitäten durch Ueberspannen mit Reifen. Die die einzelnen Drahtbögen verbindenden Leisten waren stark mit Watte umwickelt. Trotz aller Vorsicht kam der äussere Fussrand des linken Fusses für einige Zeit auf eine solche Leiste zu liegen. Die Folge war, dass sich an dieser Stelle im Umfang einer Bohne eine blutige Sugillation bildete, die mehrere Wochen unverändert blieb und einzutrocknen schien. Erst in der zweiten Hälfte des Januar wurde unter derselben ein serös eitriges Exsudat abgesetzt, wodurch die Haut blasenförmig emporgehoben und das Corium freigelegt wurde.

Ueberblicken Sie nun, meine Herren, das eigenthümliche Verhalten der Haut gegenüber den verschiedenartigen Einwirkungen, so müssen Sie doch zugeben, dass sie ohne tiefe Schädigung der Gefässe nicht möglich wären. Da nun aber die Beobachtung an einem an postdiphtheritischer Lähmung leidenden Knaben zu machen war, so ist der Gedanke naheliegend, beide Vorgänge miteinander in Verbindung zu bringen. Da nun unzweifelhaft die Toxine des Diphtheriebacillus auf die peripheren Nerven schädigend einwirken, die nach den Untersuchungen von Gombault, Meyer, Leyden und Arnheim (s. Escherich, Aetiologie und Pathogenese der epidemischen Diphtherie) eine primäre, parenchymatöse, von aussen nach innen fortschreitende Degeneration der Nervenfasern hervorrufen, so liegt wiederum der Gedanke nahe, dass auch die die Gefässe beeinflussenden Nerven (ev. Sympath.) von einem ähnlichen Process ergriffen werden können, wodurch dann derartige eigenthümliche Reactionen der Gewebe die einfachste Erklärung finden würden. Einen ähnlichen Gedanken haben Roux und Yersin ausgesprochen, die zur Erklärung der bei diphtheritisch inficirten Kaninchen häufig zu beobachtenden Diarrhöen an eine Erkrankung des Nervus vagus oder Plexus coeliacus gedacht haben. Beweise für ihre Vermuthung haben sie nicht erbracht. Mag nun die Hypothese eine richtige sein oder nicht, so ist doch der vorliegenden Beobachtung zufolge ausser allem Zweifel, dass der Druck auf die Gewebe eines durch die Toxine vergifteten Körpers ganz besondere Reactionen hervorrufen könne.

Ob eine solche Beobachtung vereinzelt dastehe oder nicht, dürfte wohl die zunächst liegende Frage sein, deren Beantwortung uns durch das bei der Diphtherie häufig nothwendige Verfahren der Intubation möglich ist.

Zu dem Zweck habe ich 43 Sectionsresultate aus dem hiesigen Kinderspital zusammengestellt. Bevor ich Ihnen das Ergebniss derselben mittheile, muss ich Sie mit meinem Material näher bekannt machen.

Die verstorbenen Kinder stunden im Alter von

0—1 Jahren	2	4—5 Jahren	5
1—2 „	10	5—6 „	4
2—3 „	10	6—7 „	3
3—4 „	9		

Es sind somit in ihnen alle Altersclassen, welche von der Diphtherie besonders häufig heimgesucht werden, vertreten.

Rubricirt man ihre körperliche Constitution, so zeigten 19 = 45,24 Proc. eine gute, 14 = 33,33 Proc. eine mittlere, 9 = 21,43 Proc. eine schlechte Ernährung.

Unter solchen Umständen konnte in den constitutionellen Verhältnissen eine Erklärung für die geringe Resistenz der Gewebe nicht gefunden werden.

Je länger der Process dauert, um so schwerer werden die localen Einwirkungen auf die von der Diphtherie befallenen Gewebe sein. Es ist desshalb von Bedeutung zu erfahren, an welchem Krankheitstag die Kinder dem Spital übergeben wurden.

Die Aufnahme erfolgte am

2. Tag	8 mal	6. Tag	1 mal
3. „	7 „	7. „	1 „
4. „	9 „	8. „	7 „
5. „	6 „	9. „	1 „

Bei 3 Kindern fehlen die entsprechenden Angaben. Im Durchschnitt erfolgte demnach die Aufnahme am 4., 5. Tag, ein Termin, an welchem die Diphtherie bereits ziemliche Fortschritte gemacht zu haben pflegt. Es ist desshalb begreiflich, dass bei der Aufnahme die Form derselben eine ungünstige war. Classificirt man dieselben nach Escherich, so war nur 1 Fall der localisirten Form, 11 Fälle der progredienten Form leichteren Grades, 27 der progredienten Form schwereren Grades und 2 der septischen Form zuzuzählen. Bei 2 Kindern war der Dringlichkeit der Erscheinungen halber unterlassen, das Symptomenbild bei der Aufnahme zu constatiren.

Der Stand des Thermometers war bei der Aufnahme ein sehr verschiedener, er schwankte zwischen 36,5 und 40,4. Im Mittel aus 36 Beobachtungen hatte er eine Höhe von 38,3.

Die Fieberhöhe konnte demnach im Allgemeinen als eine besonders einflussreiche Erscheinung nicht erachtet werden. Dabei kommt noch in Betracht, dass die Dauer desselben nur eine kurze sein konnte, da der letale Ausgang im Durchschnitt am 3. Tage des Spitalaufenthaltes erfolgte.

Oben wurde bereits angegeben, dass die Aufnahme der Kinder erst am 4. bis 5. Krankheitstag erfolgt sei, es geht desshalb selbstverständlich daraus hervor, dass wirkliche Krankheitsdauer und Spitalaufenthalt sich nicht decken können. Nur bei 4 Kindern fehlen die entsprechenden Angaben. Bei den 39 Kindern schwankte die wirkliche Krankheitsdauer zwischen 3 und 32 Tagen, betrug aber im Durchschnitt 8—9 Tage.

Der Verlauf der Erscheinungen gestaltete sich in folgender Weise. Das bereits vorhandene Fieber blieb auf gleichem Grad (5 mal), stieg aber in der weitaus grössten Mehrzahl (28 mal). Der locale Process im Rachen blieb auf der zuerst constatirten Höhe (6 mal), in der Mehrzahl (12 mal) dehnte er sich local weiter aus und zog auch noch benachbarte Theile in Mitleidenschaft, die Nase 2 mal. Die Stenose des Kehl-

kopfes steigerte sich (23 mal). War dieselbe bereits zu höheren Graden gediehen, so blieb sie auf derselben Höhe (8 mal). Durch sofortige Vornahme des operativen Eingriffes (6 mal) war ein Urtheil über den Zustand des Kehlkopfes nicht mehr möglich. 4 mal wurden auch noch die Bronchien, 6 mal das Lungengewebe in Mitleidenschaft gezogen, 2 mal entstunden Convulsionen und 8 mal war eine Betheiligung der Nieren zu constatiren.

Wenn noch ein Zweifel darüber aufkommen sollte, dass das Krankheitsbild von einem intensiven und ausgedehnten diphtheritischen Process beherrscht worden sei, so wird derselbe behoben durch die Sectionsbefunde, welche ergaben, dass die Nase 6 mal, der Rachen 21 mal, der weiche Gaumen 11 mal, die Mandeln 32 mal, die Zunge 6 mal, die Epiglottis 10 mal, der Kehlkopf 42 mal, die Trachea 38 mal, die Bronchien 29 mal diphtheritischen Belag zeigten, 7 mal war auch noch Pneumonie vorhanden.

Es geht aus dieser Zusammenstellung hervor, dass im Durchschnitt der diphtheritische Process an 4,7 Stellen zu finden war.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen aus der Dr. Fr. Crämer'schen Privatpraxis in München.

Borinsufflation bei Darmaffectionen.

Von Dr. *Ferdinand Merkel*, Assistenzarzt.

Schon unter normalen Umständen befindet sich im Magendarmcanal eine gewisse Quantität von Gasen, welche den bekannten tympanitischen Percussionsschall des Abdomens verursachen und deren Gegenwart sich gelegentlich durch ein eigenthümliches Geräusch kundgibt, das sogenannte Kollern (Borborygni). Diese Gase haben einen verschiedenen Ursprung. Ein Theil — es ist dies vielleicht nicht der kleinste — gelangt beim Schluckact mit den Speisen und Getränken in den Magen und von da in den Darm, ein anderer Theil entwickelt sich erst an Ort und Stelle aus den eingeführten Nahrungsmitteln durch einen rein chemischen oder auch durch einen bakteriellen Umwandlungs- resp. Zersetzungsprocess. Manche Menschen bringen noch ausserdem Luft in ihren Verdauungscanal, indem sie dieselbe schlucken (Luftpumpen). Ein gewisser Procentsatz von allen diesen Gasen wird nun vom Darminhalt oder von den Wandungen resorbirt, während der grössere Rest den Körper auf irgend einem Wege wieder zu verlassen sucht, sei es nach unten als Flatus, sei es nach oben als Ructus — Luftaufstossen. Hier wäre zu unterscheiden das Aufstossen von Luft, die im Magen durch Gährung entsteht, ferner von Luft, die aus dem Darme stammt und durch den Magen durchpassirt, wie es namentlich bei der Darmatonie[1]) vorkommt, und von Luft, die aus irgend einem Grunde durch das Luftpumpen eingebracht wird. So lange die Verdauung normal ist, wird für die Gase meist nur der Weg nach unten freistehen, da nach oben ausser dem Pylorus namentlich die Cardia einen genügenden Widerstand leistet. Wenn jedoch im Verlauf des Darmrohres sich Hindernisse darbieten, z. B. durch Verstopfung des Lumens in Folge von Anhäufung fester Kothmassen wie bei der Atonie, durch krampfartige Vorgänge in der Darmmusculatur oder dadurch, dass das betreffende Individuum durch gesellschaftliche Rücksichten andauernd nicht in der Lage ist, die nach unten drängende Luft gehörig abzulassen, so wird der Druck nach oben sich steigern, das Hemmniss der Cardia durchbrechen und die Gase machen sich als „Magenwinde" mehr oder weniger unangenehm bemerklich. Nach solchem Luftaufstossen stellt sich meist eine gewisse Erleichterung ein, indem der vorher bestehende Ueberdruck im Abdomen Gefühl von Völle und Unbehagen verursachte, das — cessante causa, cessat effectus — mit dem Entweichen der Gase verschwindet. All' dies kann schon eintreten bei einer Verdauung, die man noch als normal bezeichnen muss. Viel stärker werden aber diese Vorgänge, wenn die Verdauung aus irgend einem Grunde nothleidet. So können durch lange fortgesetztes Verschlingen von heissen und mangelhaft gekauten Speisen sich Störungen im Magendarmcanal ausbilden, welche den Chemismus nicht nur, sondern auch die Fortbewegung des abnorm zusammengesetzten Speisebreies stark beeinträchtigen. Bleibt dann ein derartig mangelhaft beschaffener Speisebrei allzu lange an der einen oder anderen Stelle des Darmes liegen, so sind für die stets anwesenden Mikroorganismen die besten Entwicklungsbedingungen gegeben. Das Resultat ist dann eine rasche Zersetzung, ja oft sogar Fäulniss, deren Product wiederum Gase sind, welche durch ihr Volumen sowohl als auch ihren vielleicht giftigen Charakter sich höchst unangenehm bemerkbar machen. Kommt hiezu noch der Umstand, dass Speisen und Getränke genossen werden, welche an und für sich leicht zu Gährung neigen, so treten heftige Kopfschmerzen auf mit Flimmern vor den Augen und Ohrensausen; es stellen sich Anfälle von Schwindel ein ohne und mit Bewusstseinsstörung, Athembeschwerden, cardialgische Anfälle, intensive Krampfzustände in der Darmwand etc. Unter diesen Beschwerden leidet natürlich die Ernährung, das körperliche Wohlbefinden ist aufs Empfindlichste beeinträchtigt, die Leistungsfähigkeit im Berufe ist gestört, so dass auch psychisch eine erhebliche Depression sich geltend macht, derart, dass mancher Patient seiner Angabe nach bis zum Selbstmord gekommen wäre, hätte ihn nicht der Gedanke an seine Familie vor diesem äussersten Schritt bewahrt. Ist man bei solchen Personen in der Lage, durch geeignete Kostvorschriften, durch wiederholte Beseitigung der in Zersetzung begriffenen, manchmal enormen Kothmassen mit Hilfe von Oelklystieren, hohen Eingiessungen etc. den Weg nach aussen freizumachen und freizuhalten, dem meist erschlafften Darm durch Massage und Elektricität zu seinem früheren Tonus wieder zu verhelfen, dass keine Rückstände mehr sich bilden und durch Zersetzung gefährlich werden können, dann fühlen sich diese Kranken nicht nur wesentlich erleichtert und freier, sondern können wieder ihren Beruf aufnehmen und ihres Lebens froh werden.

Schon in früherer Zeit war bekannt, dass durch die Blähungen schwere Erscheinungen hervorgerufen werden können; so beschäftigt sich eine Dissertation von Levi Phoebus: De Pathologia Flatuum eorumque Therapia generali (Halle 1790) damit; eine andere von G. C. Jacob (Halle 1790) behandelt ebenfalls Curationem flatuum ventris; schon im Jahre 1687 heisst es in einer Arbeit[2]) des J. L. Apinus: In omnibus ferè & singulis flatuum concursus observare est; und andere mehr. Schon damals tauchte für die oben erwähnten Krampfzustände der Name „Windkolik" (Colica flatulenta — Enteralgia ventosa) auf und auch in diesem Jahrhundert widmet V. A. Szerlecki in seinen „Blähungskrankheiten" (Stuttgart 1841) ein eigenes grosses Capitel diesem Krankheitsbild.

Allerdings überschätzen diese Autoren diese Störung und ihre Folgen viel zu sehr, indem sie z. B. die Schwindsucht als dadurch verursacht anführen; doch muss andererseits hier auch betont werden, dass diesen Zuständen in der jetzigen Pathologie zweifellos viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Wie wäre es sonst möglich, dass derartige Patienten Jahre lang die verschiedensten „Curen" gebrauchen, die natürlich in Folge falscher Diagnose nicht zum Ziele führen können?

Selbstverständlich ist man auch schon seit langer Zeit bemüht, für den Abgang der Blähungen zu sorgen und man hat in den Arzneibüchern auch die betreffenden Mittel unter einer Gruppe zusammengefasst. Als „blähungtreibende" Mittel, als Carminativa sind namentlich Kamillen, Pfefferminz, Anis, Kümmel, Fenchel in Gebrauch gekommen und die aus diesen Arzneistoffen dargestellten ätherischen Oele.

Angeregt durch den Vortrag, den Th. S. Flatau im

[1]) Dieses wohlcharakterisirte Krankheitsbild, das seit mehreren Jahren in immer weiteren Kreisen die verdiente Würdigung findet, wird in nächster Zeit an anderer Stelle von Dr. Crämer ausführlich bearbeitet werden.

[2]) Aeolus mikrokosmo commodans et incommodans sive Disquisitio Physio-Pathologica de Flatibus; Altdorf 1687.

October 1890 in der Berliner med. Gesellschaft über die Behandlung der chronischen Obstipation mit Borsäure hielt, versuchte Herr Dr. Friedrich Crämer dieses Mittel speciell bei Personen, welche in Folge von Anschoppungen im Darm durch Blähungen stark belästigt wurden. Nachdem alle möglichen Pulver, wie Jodol, Sozojodol u. a. vollständig wirkungslos geblieben waren, hatte sich Flatau zunächst damit begnügt, das Borsäurepulver nach gründlicher Reinigung des Afters durch Einreiben auf die möglichst zugänglich gemachte Rectalschleimhaut zu appliciren, später aber bediente er sich eines Pulverbläsers, um das Mittel in den unteren Theil des Mastdarms hineinzubringen. Auch bei den Patienten Crämer's erwiesen sich die Einreibungen als nicht genügend wirksam, so dass auch hier das letztere Verfahren in Anwendung kam. Es werden dabei die Nates möglichst auseinandergezogen, das bis zum Rand gut eingefettete Mundstück des Pulverbläsers unter leichter Rotirung durch den After eingeführt, dann ein kurzer kräftiger Druck auf den Gummiballon und die ganze Procedur ist beendet. Es werden dabei jedesmal ungefähr 2—4 g Bor in den Mastdarm gebracht. Wichtig ist dabei noch, dass das Lumen des Instruments genügend weit sei, ca. 7—10 mm im Durchmesser, und der Gummiballon genügend gross, um die doch ziemlich beträchtliche Pulvermenge entsprechend einzutreiben.

Bis eine Wirkung der Boreinblasungen sich zeigte, dauerte es 5 Minuten bis zu 3 Stunden; in einigen wenigen Fällen blieb ein Effect vollständig aus, in den meisten stellte sich nach Verlauf einer Viertelstunde mehr oder weniger starker Stuhldrang ein. Wurde diesem Drange Folge gegeben, so wurde eine mässige Menge Kothes zu Tage gefördert unter gleichzeitigem Abgang von reichlichen Gasmengen ohne Geruch. Rühmend hoben manche Patienten hervor, dass der vorher sehr harte Stuhl eine viel weichere Beschaffenheit bekommen habe. Mitunter wiederholte sich der Drang 1—2mal unter den gleichen Umständen mit dem gleichen Resultate.

Die Dauer der Behandlung erstreckte sich meist auf einen Zeitraum von 4—6 Wochen, doch liess sich meist schon im Verlauf der ersten acht Tage eine wesentliche Besserung constatiren. Auffallend rasch, schon nach den ersten Insufflationen, war ein günstiger Erfolg in folgenden beiden Fällen zu bemerken, die ich desshalb in Kürze mittheile:

1) H., Privatier, 72 Jahre alt, gibt an, seine Verdauung sei seit 20 Jahren nicht ganz in Ordnung (NB! vor 12 Jahren wurde ein Carcinom diagnosticirt!). Appetit Morgens gut, Mittags weniger, Abends schlecht, Luftaufstossen kaum, wenn aber vorhanden, dann dadurch Erleichterung. Sehr starker Singultus, dabei Speichelfluss. Nach den Mahlzeiten Befinden besser. Stuhl fast täglich, aber nicht immer genügend, Consistenz wechselnd, Geruch manchmal penetrant. Leib oft aufgetrieben, gespannt, Gasabgang nach unten sehr mangelhaft. Schlaf schlecht, durch Husten und Singultus gestört. Hie und da Athembeschwerden.

Die Untersuchung ergab kräftigen Körperbau und guten Ernährungszustand. Herz und Lunge ohne Besonderheiten, nur das Athemgeräusch überall unrein. Urin frei. Leib gross, sehr stark aufgetrieben, Umfang 99 cm. Colon nirgends gedämpft, überall gebläht. Leber und Milz ohne Besonderheit. Magen luftkissenartig aufgetrieben; 6 Stunden nach Probemahlzeit leer. Ordination: Priessnitz, Kost und Borinsufflationen.

24. XI. $^1/_2$ Stunde nach der Boreinblasung Stuhl und Gasabgang nach unten.

26. XI. Leibumfang 97 cm. Stuhl 2mal.

28. XI. Allgemeinbefinden besser, Stuhl besser, Gase leichter nach unten, in den letzten zwei Nächten fast kein Singultus. Leibumfang 96,5 cm. Nach den Boreinblasungen ausgiebig Gasabgang nach unten.

30. XI. Singultus nicht mehr, Gase nach unten gehen entschieden besser wie früher, Stuhl täglich ohne jede Nachhilfe, noch nicht gleichmässig; Athmen jetzt leichter. Auf die Boreinblasungen nur wenig Stuhl, hauptsächlich Gasabgang.

6. XII. Befinden in den letzten Tagen weniger gut, heute wieder starker Singultus. Gasabgang nicht genügend. Col. transvers. links ziemlich stark gefüllt.

16. XII. Befinden viel besser, Singultus nicht mehr, Stuhl besser wie früher, Gasabgang nach unten besser, besonders nach den Einblasungen. Schlaf besser. Leibumfang 96 cm.

20. XII. Absolut keine Beschwerden. Leibumfang .5 cm.

$3^1/_2$ Monate später einige Male Singultus; der Stuhl weniger gut. Leibumfang 97 cm. Col. descendens ziemlich gefüllt. Wiederaufnahme der Borinsufflationen mit gleichem Erfolg.

Dieser Patient klagte im Wesentlichen über einen quälenden Singultus und enorme Spannung des Leibes. Mit zunehmendem Gasabgang nach unten in Folge der Einblasungen verminderten sich diese Beschwerden und verloren sich; am 6. XII. wurde wieder eine Anschoppung constatirt, mit welcher auch die alten Beschwerden sich eingestellt hatten. Durch erneute Borinsufflationen konnten diese Beschwerden aber wieder gehoben werden. Diese Neigung zu Recidiven ist bei den in Rede stehenden Zuständen sehr häufig, doch werden die Recidive mit der Zeit immer seltener und die Behandlung ist viel rascher mit Erfolg gekrönt als Anfangs. Zu beachten ist bei diesem Falle auch der innige Zusammenhang zwischen Anschoppung und Gasentwicklung derart, dass mit zunehmender Füllung des Darms die Blähungen sich in erhöhtem Grade bildeten, mit zunehmendem Freiwerden des Darms aber nicht nur der Abgang leichter wurde, sondern auch von vornherein weniger Gase producirt wurden.

2) K., Ausgeher, 56 Jahre alt, hat schon früher viel mit Blähungen zu thun gehabt, seit $^3/_4$ Jahren wieder stärker. Klagt besonders über sehr starkes Luftaufstossen und Gähnen. Das Aufstossen ist bei feuchter Witterung geringer, bei trockener stärker. 2 Stunden nach der Mahlzeit stellt sich Gefühl von Druck im Magen ein mit stechenden Schmerzen, die vom Epigastrium gegen die Brust ausstrahlen. Bei körperlicher Anstrengung, z. B. raschem Gehen, verschlimmern sich diese Erscheinungen, im Liegen verschwinden dieselben. Stuhl 2mal täglich, angeblich genügend; Gase nach unten sehr wenig. Leib manchmal voll, in Folge dessen auch Athembeschwerden und Rückenschmerzen.

An Lunge und Herz fand sich keine wesentliche Abnormität. Urin frei. Leib etwas aufgetrieben, Colon nirgends gedämpft, kein Druckschmerz. Leber mässig vergrössert. Milz nicht zu fühlen. Magen ziemlich stark aufgetrieben, kein Druckschmerz, keine Resistenz, untere Grenze 1 Finger oberhalb des Nabels.

6. IV. Nach zweimaliger Borinsufflation entschiedene Besserung, Gaseruptionen wesentlich leichter, weniger krampfhaft, weniger massenhaft. Stuhl regelmässig, mit einer Ausnahme.

13. IV. Bis jetzt 7 Einblasungen; Luftaufstossen fast ganz verschwunden, Gähnen nicht mehr. Magendruck viel geringer. Gasabgang nach unten besser. Stuhl viel ausgiebiger mit entschiedenem Gefühl der Befriedigung.

26. IV. Luftaufstossen gar nicht mehr, absolut keine Magenbeschwerden. Stuhl etwas hart aber täglich und genügend, Gasabgang nach unten reichlich ohne Beschwerden; keine Rückenschmerzen mehr. Nach 2 Pausen von 12 und 14 Tagen wurden noch einige Boreinblasungen gemacht; am 7. VII., nachdem 24 Tage keine Insufflation mehr gemacht worden war, bestand absolut kein Luftaufstossen mehr; Stuhl täglich, nicht mehr hart, genügend; Gasabgang nach unten gut. Im Leib kein Vollsein mehr, Rückenschmerzen und Magendruck nicht mehr aufgetreten trotz 5 Glas Bier pro die und ausgiebiger körperlicher Anstrengung. (Pat. ist täglich ca. 12 bis 14 Stunden (!) als Ausgeher thätig.)

Bei dem zweiten Patienten ist am meisten auffallend, dass trotz der ausgiebigen Bewegung, die der Mann in Folge seines Berufes sich machen musste, derartige Beschwerden sich einstellten. Dies lässt sich nur so erklären, dass gerade in Folge dieser körperlichen Anstrengungen die Flüssigkeit dem Kothe entzogen wurde, dadurch derselbe noch mehr eingedickt und desshalb nicht genügend nach aussen befördert wurde, obwohl die Angaben des Mannes dies hätten vermuthen lassen dürfen. Interessant ist hier auch der Einfluss der Witterung auf das Luftaufstossen; trotz der gleichen Ernährung und der gleichen Flüssigkeitszufuhr (4—5 Glas Bier pro die) waren bei trockener Witterung die Ructus viel häufiger als bei feuchter. Unerwarteter Weise blieben hier Recidive aus.

Als besonders geeignet erwiesen sich die Fälle, bei denen der Patient — es sind fast nur Männer — als Hauptbeschwerden angab ein Gefühl von Völle und Schwere im Leib, dabei mangelhafter Gasabgang nach unten, verbunden mit hartnäckiger Verstopfung in Folge von Schlaffheit des Dickdarms, quälendes Aufstossen von Luft, häufiges Gähnen, Hitze im Kopf u. dergl. Die Untersuchung ergab dann gewöhnlich einen abnormen Umfang des trommelartig gespannten Leibes, dabei die Magengegend im einen oder anderen Falle luftkissenartig vorgetrieben, das Colon mehr oder weniger intensiv gebläht oder auch mit Koth angefüllt. Die Einblasungen wurden zu jeder beliebigen Tageszeit 2—6mal in einer Woche vorgenommen und obwohl in den 5 Beobachtungsjahren bei zahlreichen In-

dividuen Bor auf diese Weise applicirt wurde, ist doch niemals irgend eine unangenehme Erscheinung danach aufgetreten.

Ist es auch nicht wahrscheinlich, dass man in allen Fällen von chronischer Obstipation mit Borinsufflationen allein zum Ziele kommt, so ist doch die erfolgreiche Bekämpfung eines so belästigenden Symptoms, wie es gerade die Blähungen sind, damit meistens möglich und desshalb auch ein Versuch mit solchen Einblasungen zu empfehlen. Selbstverständlich wird man bei schwereren Fällen, die durch atonische Zustände im Darm bedingt sind, sich nicht einfach damit begnügen können, sondern wird gezwungen sein, den ganzen Apparat der modernen Darmtherapie spielen zu lassen und durch Massage, Elektricität, Gymnastik in Verbindung mit hohen Wasser- und Oelklystieren die Darmthätigkeit zu regeln suchen und damit nicht nur eine tägliche, sondern eine tägliche und genügende Ausleerung zu erzielen.

Es erübrigt mir noch, Herrn Dr. Fr. Crämer für die gütige Ueberlassung des Materials und die Anregung zu dieser Mittheilung meinen besten Dank zu sagen.

Ueber einen Fall von Verstopfung des rechten Bronchus durch einen Fremdkörper.

Von Dr. *Winands*, Arzt in Nastätten.

Am 12. September d. Js. wurde ich zu einem 3jährigen Kinde hingerufen, welches kurze Zeit vorher bewusstlos, mit blaurothem Gesichte, grosser Athemnoth und heftigem Hustenreiz nach Hause gebracht worden war. Es hatte mit andern Kindern gespielt, wobei es plötzlich unter lautem Schrei den Kopf in den Nacken warf und nach dem Halse griff, worauf sich schnell die obigen Symptome entwickelten. Ich fand ein kräftiges, wohlgenährtes Kind. Es war wieder zum Bewusstsein gekommen, athmete aber sehr frequent, klagte über Schmerzen in der rechten oberen Brustseite und bekam fortwährend Anfälle eines rauhen, bellenden Hustens. Da ich sofort an einen Fremdkörper dachte — die Verwandten gaben auch an, es habe wohl etwas verschluckt — untersuchte ich mit dem Finger den Rachen und die Gegend hinter dem Larynx, so weit ich hinunterkommen konnte. Ich fand indess nichts, und da ich jetzt annahm, es sitze etwas im Oesophagus, sondirte ich mit der Schlundsonde, kam aber glatt in den Magen. Die Erscheinungen bestanden ungestört fort. Die äussere Untersuchung des Halses ergab, abgesehen von enormer Erweiterung der Venen, nichts Abnormes. Die Untersuchung des Thorax hatte folgendes Resultat: Links war Alles normal, nur die Herzdämpfung war auffallend klein. Rechts oben bestand auch noch leidlicher Lungenschall, sonst aber gab die ganze rechte Seite einen eigenthümlich hohen tympanitischen Schall. Man hörte oben, unter der Clavicula, neben dem Sternum ein ungemein lautes pfeifendes, schabendes, reibendes Geräusch, welches alle anderen auscultatorischen Phänomene verdeckte, sogar mit der aufgelegten Hand deutlich gefühlt und localisirt werden konnte.

Ich diagnosticirte einen Fremdkörper im rechten Bronchus, der so sitzen musste, dass der zum oberen Lappen gehende Bronchialast nahezu frei blieb, der aber auch nach unten hin noch der Luft den Durchtritt gestattete, da doch sonst das ganz enorm laute Geräusch nicht entstehen konnte.

Da die Erscheinungen wieder drohend wurden, nahm ich meine Zuflucht zunächst zu zwei etwas heroischen Mitteln, die ich nach den Erfahrungen bei diesem Falle nie wieder anwenden werde. Ich liess das Kind, indess ohne Erfolg, an den Füssen aufheben, und gab ihm dann Brechmittel. Er erbrach eine Unmenge harter Apfelstücke, was die Annahme nahe legte, dass ein solches Stück auch im Bronchus sitze, wo Alles unverändert blieb. Ich war augenblicklich ohne die nöthigen Instrumente und ohne Hülfe, sonst hätte ich ohne Weiteres tracheotomirt. Denn wenn ich auch nicht hoffen durfte, bei dem tiefen Sitz an den Fremdkörper heranzukommen und ihn zu extrahiren, — was indess mit geeigneten Instrumenten wohl möglich ist — so hätte ich doch die Gefahr vermindert, welche bevorstand, wenn der Fremdkörper sich löste und in die Glottis hineinfuhr. Der Husten liess nach und die Athmung wurde freier. Jetzt rieth ich zu baldiger Aufnahme in eine Klinik zum Zweck der Operation. Mein Rath wurde leider nicht befolgt, da ein hinzugerufener College im Beisein der Eltern meinte, „es könne auch wohl so noch gut gehen".

13. IX. In der Nacht mehrmaliges Erbrechen. Klagen über Schmerzen rechts vom Sternum. Husten mässig stark, trocken. Resp. 60, leicht; Puls 130; Temp. normal. Schall rechts kürzer als gestern; nur über dem Oberlappen Lungenschall und vesiculäres Athmen. Ueber den beiden andern Lappen unbestimmtes leises Geräusch. Das laute Pfeifen war verschwunden.

14. IX. Kind hat ruhig geschlafen. Appetit gering. Husten mässig, trocken. Ganze rechte Seite mit Ausnahme der Supra- und Infraclaviculargegend gedämpft. Ueber der gedämpften Partie bronchiales Athmen, oben mässig laut, nach unten immer schwächer, unbestimmt werdend. Links Lungenschall, vesiculäres Athmen. Herzdämpfung verschwunden. Lungengrenzen tief, nach rechts bis zum rechten Sternalrand reichend. Schmerzen rechts oben. Abends: Resp. 60; Puls 160; Temp. 39,0°.

15. IX. Schlaf war ruhig. Auch rechts oben Alles gedämpft mit Ausnahme einer kleinen Stelle unter der Clavicula, neben dem Sternum. Athmungsgeräusch oben laut bronchial, nach unten bald schwächer und unbestimmt werdend. Hinten unten zuweilen ganz spärliche grossblasige Rasselgeräusche. Appetit sehr schlecht. Abends: Resp. 60; Puls 162; Temp. 39,5°.

16. IX. Morgens Alles unverändert, bis auf die Athmungsgeräusche über Mittel- und Unterlappen, die fast ganz verschwunden waren. Abends: Resp. 60; Puls 160; Temp. 40,4°.

17. IX. Kind tagsüber munter, hustete wenig. Abends: Resp. 60; Puls 160; Temp. 38,3°. Grosse Mattigkeit.

18. IX. Morgens um 6 Uhr heftiger Hustenanfall mit Erstickungserscheinungen, 1/4 Stunde dauernd. Grosse Athemnoth. Um 1/2 7 nochmaliger Hustenparoxysmus. Plötzlicher Exitus. (Als ich gerufen wurde, war das Kind schon todt.)

Die Section der Hals- und Brustorgane, welche ca. 10 Stunden p. m. von mir gemacht wurde, ergab:

Bei der Eröffnung des Thorax bleibt die linke Lunge stark aufgebläht. Sie überlagert das Herz fast völlig. Man sieht deutlich, namentlich an den Rändern die ad maximum dilatirten Lungenbläschen. Nirgends eine Infiltration.

Die rechte Lunge ist mit Ausnahme einiger etwa 1/2 cm im Durchmesser grosser, unregelmässig über die Oberfläche verstreuter Inselchen und einer etwa 3 Markstück grossen Partie am vorderen, inneren Winkel des Oberlappens hepatisirt, blauroth verfärbt; Schnittfläche körnig, ziemlich trocken.

Herz stark ausgedehnt, mit flüssigem Blut gefüllt.

Im Herzbeutel und in den Pleurasäcken ganz wenig gelbliche, klare Flüssigkeit. An einigen Stellen kleine, leicht abziehbare fibrinöse Auflagerungen auf der Pleura pulmonalis dextra, namentlich in der Nähe des Hilus.

Wenn man von oben her in den Kehlkopf hineinschaut, sieht man an der fast geschlossenen Stimmritze etwas blasigen, zähen Schleim. Beim Aufschneiden des Kehlkopfs und der Trachea ergibt sich, dass eine ziemlich grosse, stark gequollene Bohne, unmittelbar unter der Glottis liegend, das Lumen verstopft.

Im rechten Bronchus fand sich, gerade über der Stelle, wo die Aeste für den Mittel- und Unterlappen abgehen, ein flacher etwa 3 mm breiter Schleimhautdefect, der etwa 2/3 der Peripherie einnahm. Die Schleimhaut war leicht geschwollen.

Dort hatte die Bohne sich eingeklemmt. Das Lumen des zum obern Lappen gehenden Bronchialastes war durchgängig geblieben, wie man sich leicht überzeugen konnte, wenn man die Bohne in die gekennzeichnete Lage brachte. Die Passage nach unten hin ist auch theilweise und zeitweise offen gewesen, — wie die wenn auch schwach hörbaren Athmungs- und Rasselgeräusche bewiesen —, da die im Durchschnitt ovale Bohne so gelegen hatte, dass für die Luft noch eine Spalte übrig blieb, bis am vierten Tage durch das Aufquellen der Bohne und sich ansammelnden zähen Schleim, sowie Schleimhautschwellung die Obturation vollständig wurde, und kein Athmungsgeräusch mehr wahrgenommen werden konnte.

Es ergibt sich leicht, wie gefährlich alle Mittel waren, die Bohne zu lockern. Nach dem Aufquellen wäre sie nämlich durch die Stimmritze nicht mehr hindurchgegangen. Ebenso ist unschwer einzusehen, wie sehr Tracheotomie und fortwährende Beaufsichtigung im Krankenhaus die sonst absolut schlechte Prognose gebessert hätten. Denn, wenn auch die Versuche, die Bohne durch die Tracheotomiewunde zu entfernen, erfolglos geblieben wären, so hätte doch eine geeignete Hilfe im Moment der Loslösung des Fremdkörpers dem Kinde vielleicht das Leben retten können.

Referate und Bücheranzeigen.

P. J. Möbius: Diagnostik der Nervenkrankheiten. Zweite veränderte und vermehrte Auflage mit 104 Abbildungen im Text. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1894. Preis 8 Mk.

Der Verfasser hat das grosse Verdienst, als erster — vor 8 Jahren — einem lebhaften Bedürfnisse entsprechend, ein Lehrbuch der neuropathologischen Diagnostik bearbeitet zu haben. Wie jedes in der leitenden Idee neue Unternehmen, hatte die erste dem Inhalte nach vortreffliche Auflage einige praktische Mängel. Vergleichen wir mit der ersten die jetzt vorliegende zweite Auflage, so müssen wir bekennen, dass das Buch, soweit dies noch möglich war, für den Lernenden wie für den Lehrenden an Werth gewonnen hat. In ihrer neuen

Gestalt kann Möbius' Diagnostik der Nervenkrankheiten geradezu als ein Muster diagnostischer Lehrwerke bezeichnet werden. Bei der Fülle des Stoffes, der hier auf etwas über 400 Seiten untergebracht ist, können wir nicht auf Einzelheiten eingehen und müssen uns auf eine kurze Uebersicht über Inhalt und Plan des Buches beschränken.

Von den drei Theilen, in welche das Buch zerfällt, belehrt der erste über die Methoden der Untersuchung. Hier wird in einem Anhang zur Anamnese eine Uebersicht über die gesundheitsgefährlichen Gewerbe und Fabrikbetriebe gegeben. Das folgende Capitel „Status praesens" enthält die Anleitung zur Untersuchung des seelischen Zustandes und der Sprache, sowie des Bewegungs- und Empfindungsapparates, des Schädels, der Wirbelsäule, endlich der vegetativen Functionen, und gibt mit diesen Unterweisungen eine allgemeine Symptomatologie.

Der zweite Theil, welcher die Lehre von der Localisation enthält, indem er vom Orte der Läsion ausgeht, behandelt in sehr übersichtlicher Weise die Function der einzelnen Muskeln und deren Störungen, sodann die Functionsstörungen, die bei Läsionen der einzelnen Nerven eintreten, endlich in knapper Darstellung die Localisation im Rücken- und verlängerten Marke, sowie im Gehirne; eingeschoben ist nach den peripheren Läsionen ein Capitel über Neuritis.

Den dritten Theil bezeichnet der Verfasser selbst als eine Skizze der speciellen Diagnostik. Er zieht hier, indem er auf die ausführlichen Erörterungen der beiden ersten umfangreichen Theile zurückverweist, gewissermaassen das diagnostische Facit der Untersuchungen in Form von kurzgefassten prägnanten Krankheitsbildern. Originell ist die in diesem Abschnitt durchgeführte Eintheilung in exogene und endogene Nervenkrankheiten. Zu den ersteren rechnet der Verfasser diejenigen Erkrankungen, bei welchen das Nervensystem nicht primär ergriffen ist, sei es, dass der Krankheitsprocess von Vergiftungen, Infectionen, oder Gefässaffectionen ausgeht, zu den endogenen alle primären (functionellen) Neurosen, wie die Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Migräne, ferner die chronische (Huntington'sche) Chorea und die Thomsen'sche Krankheit, die Dystrophia muscul. progress. und die Friedreich'sche Krankheit.

In allen Theilen seines Buches behält Möbius den praktisch-klinischen Zweck im Auge; er erleichtert dem Lernenden das schwierige Studium der neuropathologischen Diagnostik, indem er nicht allzuweit in diagnostische Feinheiten eingeht und in der Hauptsache das „praktisch Brauchbare" hervorhebt. Durch zahlreiche passend — meist aus anderen Werken, besonders aus Duchenne's Physiologie des mouvements — gewählte Abbildungen wird dem Leser das Verständniss erleichtert; die Ausstattung des Buches ist der bekannten Verlagshandlung würdig.

Stintzing-Jena.

H. Lenhartz: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Leitfaden bei der klinischen Untersuchung und Diagnose. Für Studirende und Aerzte. Zweite vermehrte Auflage. Berlin, J. Springer, 1895.

Schon zwei Jahre nach seinem ersten Erscheinen hat dieses vortreffliche diagnostische Lehrwerk die zweite Auflage erlebt. Der Verfasser ist in der Neubearbeitung bemüht gewesen, einzelne Theile des Buches noch zu ergänzen und, wo etwa Fortschritte zu verzeichnen waren, dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens anzupassen. So hat der erste Abschnitt eine sehr dankenswerthe Bereicherung erfahren durch Einfügung einer kurzen Beschreibung des Culturverfahrens und des besonderen Wachsthums der einzelnen Bakterien. Die chemische Untersuchung des Mageninhalts erfreut sich einer eingehenderen Berücksichtigung als in der ersten Auflage; ferner sind als neue willkommene Zugaben eine Anleitung zur Milchuntersuchung, sowie einige neue Abbildungen (Chorionzotten und Deciduazellen) zu erwähnen. Trotz dieser Vermehrung des Inhaltes ist der Umfang des Buches nur um 2 Bogen gewachsen, die Handlichkeit somit nicht im Geringsten beeinträchtigt worden. Im Ganzen hat Lenhartz' Leitfaden in der neuen Gestaltung seinen alten Charakter bewahrt. Wir können uns daher in unserem Urtheile nur auf das beziehen, was wir bei einer früheren Besprechung (diese Wochenschrift 1893, No. 31) äusserten. Die glückliche Zusammenfassung der beiden in rascher Entwicklung begriffenen propädeutischen Disciplinen wird sich Dank der ebenso klaren wie kurzen Darstellung mit der verbesserten Auflage nicht weniger schnell Freunde erwerben als mit der ersten Bearbeitung.

Stintzing-Jena.

Dr. Hermann Schlesinger: Die Syringomyelie. Eine Monographie. Mit einer Tafel und 29 Abbildungen im Texte. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1895.

Die anatomisch längst bekannte Höhlenbildung des Rückenmarks ist dem klinischen Interesse erst näher gebracht worden, als im Jahre 1882 ungefähr gleichzeitig durch F. Schultze und Kahler der Nachweis geliefert worden war, dass diese Krankheit auch am Lebenden diagnosticirt werden könne. Seitdem haben sich die Beobachtungen von Jahr zu Jahr erheblich gemehrt, und einzelne Autoren — ausser den Genannten und vielen Anderen vor allem J. Hoffmann — haben die Syringomyelie zum Gegenstand eingehender Studien gemacht. Auf Grund eines sehr reichen anatomischen und klinischen Beobachtungsmateriales, welches ihm die Wiener Anstalten zur Verfügung stellten, hat Schlesinger eine sehr verdienstvolle neue monographische Bearbeitung des interessanten Rückenmarksleidens unternommen, in welcher er gleichzeitig die bereits sehr umfangreiche Literatur (526 Nummern) verwerthet.

Nach einer historischen Einleitung, die bis auf das Jahr 1688 zurückführt, bespricht der Verfasser in ausführlicher Weise zunächst die Symptome. Neben den bekannten motorischen und sensiblen Erscheinungen wird den trophischen Störungen und den Bulbärsymptomen ganz besondere Sorgfalt gewidmet und dem Leser manches Neue geboten. In einem folgenden Abschnitte versucht Sch. eine Abgrenzung verschiedener Formen und theilt die Syringomyelogie in folgende Haupttypen ein: 1. S. mit den classischen Symptomen, 2. S. mit vorwiegend motorischen, 3. mit vorwiegend sensiblen, 4. mit vorwiegend trophischen Erscheinungen, 5. tabischer Typus. Die sogenannte Morvan'sche Krankheit ist entweder Syringomyelie (vorwiegend trophische Störung), oder sie gehört zur Lepra. Was den 5. Typus anlangt, so kann die S. einen der Tabes sehr ähnlichen Symptomencomplex hervorrufen, oder mit Tabes combinirt sein.

Sehr eingehend wird die Differentialdiagnose gegen andere Krankheiten, wie multiple Neuritis, Lepra, progressive Muskelatrophie, Pseudobulbärparalyse, Raynaud'sche Krankheit, Akromegalie, Arthritis deformans u. a., sowie die Unterscheidung der durch Geschwülste (Glioma) oder auf andere Weise entstandenen Formen erörtert. Kurze Capitel über Aetiologie, Verlauf und Therapie beschliessen den klinischen Theil des Werkes.

In einem umfangreichen Abschnitt über die pathologische Anatomie wird das überaus mannigfaltige makroskopische und mikroskopische Verhalten des Rückenmarks und des verlängerten Marks beschrieben und durch zahlreiche Abbildungen im Text und eine vortreffliche lithographische Tafel illustrirt.

Sodann werden in dem Capitel „Pathogenese" die Ansichten der verschiedenen Autoren besprochen, und im Anschluss daran der eigene Standpunkt des Verfassers entwickelt. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Nur sei hervorgehoben, dass Schlesinger dem Verhalten der Gefässe eine grössere Bedeutung zuerkennt als andere Gewährsmänner. Zum Schlusse beschreibt Verfasser seine eigenen (32) Beobachtungen.

Gewissenhaftes Studium der Literatur, umfassende Sachkenntniss bei sicherer Beherrschung der Untersuchungstechnik, Vertiefung und Erweiterung der bisherigen Anschauungen, sowie Klarheit der Darstellung machen die gründliche Arbeit Schlesinger's, die sich mit einem der actuellsten Gegenstände der Neuropathologie beschäftigt, zu einer hervorragenden Leistung und sichern derselben bleibenden Werth.

Stintzing-Jena.

Dr. **Ph. Schech,** Professor an der Universität München: **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Mit 41 Abbildungen. Fünfte vollständig neu bearbeitete Auflage. Leipzig und Wien, 1896.

Die überaus günstige Aufnahme, die dem angezeigten Werke in ärztlichen Kreisen zu Theil geworden und sich auch in den rasch aufeinander folgenden Auflagen zu erkennen gibt, lässt eine weitere Empfehlung desselben entbehrlich erscheinen. Es sei hier nur in Kürze darauf hingewiesen, dass in vorliegender neuester Auflage kein Abschnitt ohne einige Ergänzung geblieben ist; zumeist aber macht sich die Bereicherung des Buches in den Abhandlungen über die Krankheiten des Rachens (insbesondere in dem Capitel über die Diphtherie), sowie in den die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen umfassenden Theilen bemerkbar. Die Bearbeitung des letztgenannten Gegenstandes erscheint in völlig veränderter Form und verbindet mit conciser Fassung eine der monographischen Darstellung sich annähernde Gründlichkeit und Vollständigkeit; von hohem praktischen Interesse sind hier namentlich die Capitel über die eiterige Entzündung (Empyem) der Kiefer-, Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle.

Den Schluss des Werkes bildet ein reichhaltiges Literaturverzeichniss, in dem sich die wichtigsten, bis zur neuesten Zeit heranreichenden Arbeiten auf dem betreffenden Gebiete aufgeführt finden. Wir hoffen, dem trefflichen Buche noch oftmals in Neuauflagen zu begegnen. —r.

Maurice Arthus: Elemente der physiologischen Chemie. Deutsch bearbeitet von J. Starke. Leipzig, Barth, 1895.

Der Verfasser hat in dem kleinen Büchlein von nur 287 Seiten Umfang alle die chemischen Kenntnisse, welche der Studirende in der Physiologie braucht, zusammenzufassen getrachtet. Die einfachsten chemischen Begriffe und Reactionen werden in meist klaren und kurzen Sätzen erläutert und so an die Vorkenntnisse des Lesers minimale Anforderungen gestellt. Man kann über die Zweckmässigkeit eines derartigen Werkes streiten: man sollte meinen, dass derjenige, welcher physiologische Chemie auch nur in ihren Hauptzügen studiren und verstehen will, über die Anfangsgründe der Chemie hinaus sein muss. Demjenigen Studirenden, welchem die nöthigen Vorkenntnisse mehr oder weniger mangeln, wird das Buch ein willkommenes Hilfsmittel sein. Auch zu kurzer Repetition erscheint dasselbe trefflich geeignet. Wenn aber der Uebersetzer im Vorwort meint, es passe namentlich auf den Tisch des Laboranten, so ist Referent entschieden anderer Meinung. Es ist zwar eine Reihe von quantitativen und qualitativen Bestimmungsmethoden in genügender Ausführlichkeit mitgetheilt, dass auch der Anfänger darnach arbeiten könnte, bei anderen aber ist das keineswegs der Fall. Gewisse Eigenthümlichkeiten des Ausdrucks bekunden die Uebertragung aus der fremden Sprache.

F. Voit-München.

Dr. **R. Hausmann,** Sanitätsrath und Curarzt in Meran: **Die Weintraubencur mit Rücksicht auf Erfahrungen in Meran.** Fünfte, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Meran, Fridolin Plant, 1894.

Nach 10jähriger Pause ist das vorliegende Werkchen in vollständig umgearbeiteter Auflage wieder erschienen, eine Umarbeitung, welche von dem Bestehenden nur die Disposition des Ganzen übrig gelassen hat. Der vielerfahrene Verfasser, der zu den Begründern einer wissenschaftlichen Basis der Traubencur gerechnet werden muss, und der mit kritischer Schärfe die Indicationen derselben eingeschränkt, wo sie unrichtiger Weise Anwendung gefunden, und erweitert hat, wo seine Erfahrung ihm günstigen Einfluss hat erkennen lassen, hat sich durch die mühevolle Arbeit den Dank aller Derer verdient, welche in der Traubencur ein nicht zu unterschätzendes Mittel gegen mancherlei Leiden erkannt haben.

Den Beginn macht ein historischer Rückblick auf den Entwickelungsgang der Traubencur. Hierauf folgt eine Beschreibung der zu Curzwecken verwandten Trauben und der Schädigungen, welchen dieselben ausgesetzt sind. Eine genaue Auseinandersetzung über die chemische Zusammensetzung des Traubensaftes leitet über zu der wichtigen Besprechung seiner physiologischen Wirkung. Hier sind alle jene von anerkannten Fachmännern ausgeführten Experimente besprochen, welche die Wirkung der einzelnen Bestandtheile des Traubensaftes zu ergründen suchen. So erscheinen die Trauben als zuckerreiches Nahrmittel und daher als Fettbildner und wegen ihrer säfteverdünnenden Eigenschaft anregend auf die resorbirenden Gefässe und wirken dabei gelind reizend auf Magen und Darm. In grösseren Mengen genommen (2 Kilo) wirkt die Traube vermehrend auf die Diurese ein, ohne bei gemischter Kost einen nachweisbaren Einfluss auf die Reaction des Harns auszuüben.

Als gelegentliche Nachtheile durch Traubengenuss wird eine bisweilen auftretende Auflockerung der Mundschleimhaut erwähnt, welche zu Entzündung der Zunge, des Rachens und des Kehlkopfs führen kann. Ferner erregt eine zu grosse Quantität genossener Trauben Völle des Magens, Aufblähung und Aufstossen, eventuell Beschleunigung des Pulses, Herzpalpitationen, Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel.

Die Indication und Contraindication für die Anwendung der Traube als Heilmittel findet eine eingehende Besprechung und physiologische Begründung, wie sie nur von einem so erfahrungsreichen Arzt und gründlichen Forscher wie Hausmann gegeben werden kann.

Bemerkenswerth ist der günstige Einfluss auf Ptyalismus, auf Dyspepsien bei Chlorose. Chronischer Magenkatarrh, chronischer Durchfall nach Dyspepsie, Atonie des Darms, Hämorrhoidalzustände, mit Plethora abdominalis verbunden, Leberanschoppungen finden durch die Traubencur Besserung resp. Heilung.

Bei Herzleiden ist Verfasser vorsichtig und steht den Erfolgen skeptisch gegenüber, ohne bei consecutiven Stauungen der Unterleibsorgane einen vorsichtigen Versuch zu widerrathen.

Bei Blasenkatarrhen und Pyelitis hat Verfasser Besserung eintreten sehen. Chronischer Rachenkatarrh, besonders aber Laryngitis ulcerosa bilden eine strenge Contraindication. Bei reiner Lungentuberculose ohne Mitbetheiligung des Kehlkopfs und Darms hat H. von mässigem Gebrauch der Traube oft überraschend gute Erfolge (Hebung des Appetits, des Gesammtbefindens, des Körpergewichts) gesehen und empfiehlt daher die Cur warm. Freilich wird in solchen Fällen das überaus wohlthuende Herbstklima des wunderbar schönen Meran einen grossen Antheil an solchen Erfolgen haben.

Schmid-Reichenhall.

Neueste Journalliteratur.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. XV. Bd., Heft 1. Mittheilungen aus den chir. Kliniken zu Basel, Bologna, Freiburg, Heidelberg, Leipzig, Prag, Rostock, Strassburg, Tübingen, Würzburg, Zürich. Redigirt von Prof. P. Bruns. Tübingen, 1895. Laupp'sche Buchhandlung.

Das 1. Heft des XV. Bandes der „Beiträge zur klin. Chirurgie“ kündigt zunächst den Beitritt des Prof. F. Novaro-Bologna zu den Herausgebern an.

Die erste Arbeit (aus der Züricher Klinik): **Statistische Ergebnisse von 276 incarcerirten Hernien, welche 1881—1894 in der Züricher Klinik behandelt, resp. operirt worden sind,** von Oskar Henggeler, gibt zunächst einen Ueberblick über die neueren diesbezüglichen Arbeiten und sodann statistische Zusammenstellung (42 Proc. Männer, 58 Proc. Frauen) und tabellarische Darstellung der Fälle; es ergibt sich u. a., dass die incarcerirten Hernien bis zum 20. Jahr ziemlich selten, dann gradatim mit steigendem Alter zunehmen, zwischen 50. und 70. Jahr den Höhepunkt zeigen, dass weitaus die meisten bei Leuten der arbeitenden Classe vorkommen; die Dauer der Einklemmung (durchschnittlich 42,35 Stunden) ist von grösster, prognostischer Wichtigkeit, am häufigsten ist die Herniotomie bei Cruralhernien. Die Mortalität berechnet sich nach den Züricher Fällen auf 23,2 Proc.

Prof. Krönlein berichtet (aus der gleichen Klinik): **Zur operativen Chirurgie der Hirngeschwülste** über einen Fall von hühnereigrossem Conglomerattuberkel im mittleren und unteren Drittel der linksseitigen Centralwindung (den Cortex und die angrenzenden subcorticalen Hirnpartien betr.), der Jackson'sche Epilepsie vom rechten

Vorderarm ausgehend veranlasste und mit osteoplastischer Operation exstirpirt wurde; der 43jährige hereditär belastete Mann wurde geheilt. — Nach der neuesten Arbeit von Chipault liegen Berichte über 67 Operationen von Hirngeschwülsten vor (20 gestorben), ausserdem 47 über missglückte, resp. unvollständige Operationen (35 gest.). Operativ behandelte Hirntuberkel sind in den letzten 10 Jahren 14 beschrieben worden (4 geheilt).

Aus der Freiburger Klinik liefert Privatdocent A. Ritschl eine Arbeit über **Lymphangiome der quergestreiften Muskeln**, die im Anschluss an 2 Fälle (exstirpirt) von Lymphangiom an Hand und Vorderarm und Oberschenkel speciell die histologischen Details dieser cavernösen Lymphangiome, resp. Hämatolymphangiome studirt und durch verschiedene farbige Tafeln illustrirt. Auffallenderweise standen in beiden Fällen die Geschwülste nicht im Zusammenhang mit Haut und subcutanem Zellgewebe.

Aus der Tübinger Klinik berichtet H. Stieda: **Zur Behandlung des Lupus mit Hautexcision und Thiersch'scher Hautverpflanzung** speciell über 3 ausgedehnte, auf diese Weise mit ausgezeichnetem kosmetischen Erfolg behandelte Fälle, deren Abbildungen geradezu frappiren (2mal Gesichtslupus, 1mal verrucöse Tuberculose der Hand und Vorderarmes). Die Methode ist für alle Fälle von Gesichtslupus das stets in Tübingen geübte „einzig rationelle" Verfahren, die Compression nach der Excision dauerte oft mehr als 1 Stunde, feine Catgutunterbindungen werden nicht verworfen, die Transplantationen stets vom Oberschenkel entnommen, als Verband dient nur ein mit Vaseline dickbestrichener jodoformirter Lappen.

Aus der Prager Klinik (Wölfler) stammt die Arbeit von Dr. Carl Schwarz über **abnorme Ausmündungen der Ureteren und deren chirurgische Behandlung nebst Bemerkungen über die doppelte Harnblase** im Anschluss an einen Fall der Grazer Klinik (12jähriges Mädchen wegen Harnträufeln zugegangen), mit ins Vestibulum mündendem Ureter (mit blasenartiger Dilatation), bei dem Wölfler nach vorheriger Dilatation der Urethra mit einem nach der Art der Dupuyten'schen Darmscheere construirten Instrumente eine Nekrose des zwischen den beiden Harnreservoirs liegenden Gewebes effectuirte und so eine Communication derselben herstellte. Die verschiedenen in der Literatur deponirten Fälle von Doppelharnblasen, Ureteranomalien (Mündung überzähliger Harnleiter, blinde Endigungen) werden eingehend besprochen und nach Symptomen und Diagnose gewürdigt, zahlreiche Holzschnitte erläutern die dabei in Betracht kommenden Verhältnisse.

Ein Fall von einseitigem Descensus testiculorum (Ectopia testis transversa) wird von Privatdocent Max Jordan aus der Heidelberger Klinik beschrieben. Der Zustand wurde bei der wegen Leistenbruchs ausgeführten Operation bei 8jährigem Knaben beobachtet und führte wegen Recidivs der Hernie zur Exstirpation des ganzen Scrotal-Inhalts.

Die Arbeit aus der Baseler Klinik über **Airol, ein neues Ersatzmittel des Jodoform und ähnlicher antiseptischer Pulvermittel**, von Dr. Carl Haegler, Privatdocent, dürfte schliesslich besonders das Interesse der Praktiker erregen, da das sog. Airol, d. i. basische Wismuthoxyjodidverbindung (ein graugrünes, geruch- und geschmackloses lichtbeständiges Pulver, das allerdings in gewöhnlichen Lösungen unlöslich, in Natronlauge und verdünnten Mineralsäuren sich auflöst) thatsächlich die Nachtheile des Jodoforms (Geruch, Giftigkeit und reizende Wirkung) zu umgehen ermöglicht. H. theilt seine speciellen experimentellen Studien über die giftigen Wirkungen des Dermatols, Airols-Jodoforms bei subcutaner intraperitonealer und Fütterungs-Application mit, die ergeben, dass für Dermatol und Airol beim Menschen unter gewöhnlichen Umständen in der chirurgischen Praxis die toxische Wirkung derselben nicht in Betracht kommt. Ob das Airol auch die antituberculöse Wirkung des Jodoforms hat, scheint nach den bisher noch wenigen Versuchen fraglich, als gutes Trockenantisepticum (auch für Nase und Ohr etc.) kann dasselbe jedenfalls angesehen werden. Schreiber.

Centralblatt für Chirurgie. 1895, No. 49 u. 50.

No. 49. Prof. L. Heidenhain-Greifswald: **Ueber Naht von Arterienwunden.**

Im Anschluss an die neueren Mittheilungen in der diesbezüglichen Literatur (Gluck, Zoege-Manteufel, J. Israel) theilt H. einen Fall von accidenteller Verletzung der Art. subclavia bei der Operation eines ausgedehnten Mammacarcinoms bei 50jähr. Fräulein mit (cm langer Längsschnitt), in dem mit fortlaufender Catgutnaht genäht und Heilung erzielt wurde, ohne dass später traumatisches Aneurysma aufgetreten wäre. H. theilt einige Thierexperimente im Anschluss mit; die Blutstillung durch die Naht gelang zwar immer, aber das Gefässlumen ging meist dabei fast oder ganz verloren, da die Femoralis beim Hund sehr dünnwandig und so dünn etwa, wie die menschliche Radialis am Ursprunge ist.

No. 50. Dr. Kaefer-Odessa: **Ein Fall von isolirter traumatischer Luxation des Radiusköpfchens nach aussen.**

Mittheilung eines Falles von Lux. cap. radii ohne Ulnafractur bei 9jähr. Kind durch Sturz (auf der Treppe rücklings) entstanden. Die Reposition gelang leicht, indem K. mit der linken Hand den Oberarm des Kindes nahe dem Ellbogen, mit der rechten den Vorderarm am unteren Theil umfasste, zunächst vorsichtig extendirte, hierauf eine kurze Abductionsbewegung (im Sinn der Varusstellung) machte und indem er gleichzeitig mit dem Daumen der linken Hand einen directen Druck auf das Radiusköpfchen ausübte, den Arm in Flexionsstellung brachte.

Dr. Sarfert: **Zur Wunddrainage.**

Empfehlung eines leicht zu construirenden T-Rohres, das man sich durch Längsspaltung des oberen Theils einer gewöhnlichen Drainage und Durchziehen der so entstehenden beiden Schenkel durch eine Oeffnung in der Mitte eines besonderen Drainstückes (als Querrohr) herstellt. Schr.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, 1895. Band II. Heft 6. (December.)

1) R. Kossmann-Berlin: **Die gynäkologische Anatomie und ihre zu Basel festgestellte Nomenclatur.**

Der auf dem fraglichen Gebiete durch mehrere Arbeiten bekannte Verfasser unterzieht die von der anatomischen Gesellschaft aufgestellte Nomenclatur, so weit sie den Gynäkologen angeht, einer eingehenden Kritik, deren Wiedergabe im Einzelnen unthunlich erscheint, zumal es sich ja theilweise um rein philologische Fragen handelt. Bedauerlicher Weise ist bei der Aufstellung der Nomenclatur auf das praktische Bedürfniss (Kunstausdrücke des Pathologen und Chirurgen) keinerlei Rücksicht genommen.

2) M. Graefe-Halle: **Ueber schwere Geburtsstörungen in Folge von Vaginofixatio uteri.**

Den in der letzten Zeit veröffentlichten Fällen von schwerer Geburtsstörung nach Vaginofixation reiht Verfasser einen neuen an. Die Patientin wurde etwa 5 Monate nach ausgeführter Vaginofixation schwanger. Im zweiten Monat auftretende wehenartige Schmerzen wurden mit Extr. fluid. Viburn. prunifol. bekämpft. Am Ende der Schwangerschaft fand sich Querlage, das nach der Scheide zu wie eine prall gespannte Blase sich vorwölbende untere Uterinsegment stand im spitzen Winkel zu der ausserordentlich hoch und hinten im Becken stehenden Portio. Oedeme der unteren Extremitäten. Am Tage nach der Feststellung dieses Befundes trat plötzlich Amaurose, der bald 2 eklamptische Anfälle folgten, auf. Es bestand leichte Wehenthätigkeit, der Cervix war für 2 Finger durchgängig. Da auf eine baldige Entbindung per vias naturales nicht zu rechnen war, entschloss sich Graefe zum Kaiserschnitt. Die Blase inserirte sehr hoch an der auffallend kurzen vorderen Wand, so dass der Schnitt wesentlich in den Fundus und die hintere Wand fiel. Lebendes Kind. Heilung. — Es erscheint unzweifelhaft, dass die Querlage sowohl wie die beschriebenen Geburtsstörungen durch die Vaginofixation bedingt sind, ob im vorliegenden Falle nicht auch die Eklampsie, lässt sich nicht ganz von der Hand weisen. Jedenfalls ist das Auftreten derselben in der dritten Schwangerschaft bei einer Frau, die vorher bestimmt nicht an Nephritis gelitten, auffallend. Nach den vorliegenden Erfahrungen ist bei Frauen im geschlechtsreifen Alter, wenn eine operative Behandlung der Lageveränderung überhaupt indicirt ist, der Ventrofixation und der Alexander-Adams'schen Operation der Vorzug zu geben, die Vaginofixation aber auf das klimakterische Alter zu beschränken.

3) F. Windscheid-Leipzig: **Ueber hysterische Schmerzen und deren Behandlung.**

Es gibt Fälle von Hysterie, bei denen das ganze Krankheitsbild durch Schmerzen beherrscht wird. Es sind dies theils schmerzhafte Sensationen, theils schmerzhafte Parästhesien, deren constante Dauer charakteristisch ist. Weniger bekannt sind Schmerzen der Rückengegend (mitunter auch in der Form der Intercostalneuralgie), Schmerzen am Abdomen (Cardialgie, Schmerzen im Verlauf des Colon transversum, in der Nabelgegend, in der Inguinalgegend), deren Heftigkeit immer durch Gehen gesteigert wird, Schmerzen in den Extremitäten. Derartige Schmerzen müssen als hysterische angesprochen werden, wenn 1) noch andere hysterische Zeichen vorhanden sind: objectiv nachweisbare Störungen der Sensibilität (wie Anästhesien der Schleimhäute), Veränderungen der Reflexe (insbesondere Steigerung des Patellarsehnenreflexes), eine oder mehrere hysterogene Zonen) insbesondere Ovarie); 2) eine organische Erkrankung des Nervensystems (Neuritis, Beschäftigungsneurosen, Krankheiten des Rückenmarks) oder eine organische Erkrankung innerer Organe sicher ausgeschlossen werden kann. — Zahlreiche im Auszug mitgetheilte Krankengeschichten illustriren derartige hysterische Schmerzen, die sich in den angeführten Fällen wesentlich auf Rumpf und Extremitäten beschränken. Fast immer handelt es sich um Frauen, die gezwungen sind, schwer körperlich zu arbeiten, was vielleicht nicht ohne Einfluss auf die Entstehung derartiger Schmerzen gerade in den Extremitäten ist. Die Behandlung der Schmerzen stellt grosse Anforderungen an die Geduld und Ausdauer des Arztes sowohl wie der Patienten. Vor Allem ist hier die Suggestionswirkung der Elektricität, insbesondere des faradischen Stromes hervorzuheben. Daneben verdient die Hydrotherapie, Hautreize, Massage und Gymnastik alle Beachtung, während von inneren Mitteln meist wenig zu erwarten ist. Leider ist der Erfolg oft gering, er „wird nur auf psychischem Wege erzielt und tritt erst auf grossen Umwegen, oft erst nach vielen Irrwegen auf."

4) W. W. Stroganoff-St. Petersburg: **Bakteriologische Untersuchungen des Genitalcanals beim Weibe in verschiedenen Perioden ihres Lebens.**

Verfasser wurde zur Veröffentlichung vorstehenden Aufsatzes durch den Umstand veranlasst, dass seine bereits 1893 in russischer

Sprache erschienene Arbeit nur durch ein kurzes Referat in der deutschen Literatur bekannt gegeben war und so seine Resultate vielfach falsch oder ungenau in verschiedenen Arbeiten wiedergegeben waren. Seine Ergebnisse sind kurz folgende: Das Secret der Vagina reagirt beim neugeborenen Mädchen schwach sauer, bald nach der Geburt lassen sich in ihm Mikroorganismen nachweisen, deren frühzeitiges Eindringen durch Steisslage begünstigt wird. Selten trifft man Gelatine verflüssigende Mikroben. Die Vagina der Frau enthält stets Bakterien, deren Menge durch die Menstruation verschieden beeinflusst wird. Die saure Reaction des Vaginalsecretes wird durch die Menses in alkalischer Richtung modificirt. Das alkalisch reagirende Secret des Cervix zeigt sich in weit über der Hälfte der Fälle steril. Die aus dem Cervix aufgehenden Mikroben verflüssigen Fleisch-Gelatine nie, wohl aber in 1/7 der Fälle die Culturen aus der Vagina. Bei Greisinnen reagirt die Vagina schwach sauer, der Cervix alkalisch. Die Scheide enthält immer Mikroorganismen: Coccen, Diplococcen, Stäbchen, letztere überwiegen. In der Hälfte der Fälle fanden sich im Cervix keine Mikroorganismen, stets aber solche bei Prolapsus uteri. Die Scheide der Schwangeren reagirt stets sauer und enthält immer Mikroorganismen (hauptsächlich Bacillen), selten verflüssigen dieselben Gelatine; der alkalisch reagirende Cervix enthält fast nie Mikroorganismen. Die Grenze zwischen bakterienhaltigem Theile des Genitaltractus und sterilem liegt am äusseren Muttermunde. Bei Abort fanden sich in Cervix und Vagina stets Mikroorganismen. — Die Vaginalbacillen resp. ihre Stoffwechselproducte tödten die Eiterstaphylococcen ab, dasselbe liess sich auch experimentell in der Vagina des Kaninchen constatiren. — Der Cervixschleim hat bactericide Eigenschaften. Gessner-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 50.

1) Max Madlener-München: **Ueber Metritis gonorrhoica.** (Aus der gynäkologischen Klinik von Prof. Dr. Amann.)

Während durch die Untersuchungen Wertheim's festgestellt ist, dass bei weiblicher Gonorrhoe der Gonococcus in der Schleimhaut des Corpus und Cervix uteri, sowie in den Adnexen des Uterus sich vorfindet, konnte weder dieser Autor, noch auch M. in einem daraufhin untersuchten Fall den Pilz in der Musculatur des Uterus auffinden. Erst in einem zweiten Fall, wo es sich um einen puerperalen Uterus handelte, der 7 Wochen post partum exstirpirt wurde, waren M.'s Untersuchungen von Erfolg. Die Gonococen fanden sich in Schnitten aus dem Fundus, aus der vorderen und hinteren Corpuswand und aus dem Cervix. Auch im linken Uterushorn war eine mit Gonococcen durchsetzte Stelle. Die Coccen sassen meist extracellulär, vielfach jedoch auch intracellulär.

M. deutet die früheren negativen Befunde dadurch, dass bei längerem Bestehen der Gonorrhoe der Gonococcus aus dem Myometrium wieder verschwinde. Besonders wirksam wird er bei Infection im Puerperium. Durch das Eindringen der Keime in die Uteruswand bis zur Serosa ist eine Infection des Peritoneums vom Endometrium aus mit Umgehung der Tube möglich, wodurch M. sich die Perimetritis ohne Adnexerkrankung bei Gonorrhoe erklärt.

2) Arthur Hoffmann-Darmstadt: **Sectio caesarea in mortua, lebendes Kind.**

36 jährige Multipara, die im Beginn des 8. Monats im eklamptischen Anfall zu Grunde ging. Kaiserschnitt 10 Minuten nach dem letzten Athemzuge. Die dem Schwangerschaftsmonate entsprechende männliche Frucht starb nach 25 Stunden in Folge von Lebensschwäche. Jaffé-Hamburg.

Virchow's Archiv. Band 142, Heft 2.

Ricker-Zürich: **Beiträge zur Aetiologie der Uterusgeschwülste**

„Abnormes Wachsthum auf Grund immanenter Anlage" ist das Grundprincip der Cohnheim'schen Lehre von der Entstehung der Geschwülste. Um hiefür weitere Stützen zu bieten und um die Möglichkeit der Entstehung von Uterusgeschwülsten aus embryonalen Keimen zu beweisen, berichtet R. zunächst über 2 Fälle von Verlagerung des Paroophoron in die Uteruswand (linsengrosser gelber Fleck, mikroskopisch regelmässig angeordnete, meist frei in die Bauchhöhle mündende epitheliale Schläuche). Aus diesem, einen Rest des Wolff'schen Körpers darstellenden Gebilde, können cystische Tumoren und Adenofibrome, möglicherweise auch Sarkome und Carcinome ausgehen.

Des Weiteren untersuchte R. mehrere Myome mit epithelialen Einschlüssen und kommt zu der Anschauung, dass solche Myome auf eine Absprengung von glatter Musculatur und Epithel von dem Müller'schen Gang zurückzuführen sind: es ist der embryonale Ursprung sogar aller Myome durchaus nicht unwahrscheinlich.

Die sogenannte maligne Degeneration der Myome entsteht nicht durch Metaplasie von Muskel- in Sarkomzellen, sondern durch Umwandlung fibromatöser Bestandtheile in sarkomatöse.

Hilbert-Königsberg: **Ueber das Vorkommen von Rupturen der elastischen Innenhaut an den Gefässen Gesunder und Herzkranker.**

In allen Lebensaltern kommen bei sonst gesunden Individuen Risse der Elastica interna an den dem Herzen zunächst gelegenen Arterien Aorta und Carotis vor; in weiter entfernten Gefässen, wie der Iliaca externa werden dieselben in früher Jugend nur ausnahmsweise, dagegen von der Mitte der dreissiger Jahre ab regelmässig gefunden und in kleineren Arterien, wie der Renalis sind sie auch im höheren Alter Seltenheiten.

Dieselben dürften ihren Grund haben in einer Steigerung der ständigen rhythmischen Ausdehnung des Arteriensystems (durch körperliche Anstrengung oder psychische Erregung). Die mechanische Wirkung der Ausdehnung ist um so grösser, je näher die Gefässe dem Herzen liegen.

Oestreich-Berlin: **Die Milzschwellung bei Lebercirrhose.**

Dieselbe beruht nicht auf Stauungsvorgängen im Pfortadersystem, sondern ihr Wesen ist ein selbständiges, von der Leber unabhängiges, und beruht auf irritativen Processen. Während der ersten Stadien der Cirrhose tritt eine zellige Proliferation (Hyperplasis pulpae) ein, welche auch bis in spätere Stadien hinein persistiren kann, oder in mehr indurative Processe (Bindegewebsvermehrung) oder in wirkliche Atrophie der Pulpa übergeht.

Dass der Grad der Pfortaderstauung und die Grösse des Milztumors durchaus nicht immer proportional sind, ist von diagnostischer Wichtigkeit insofern, als man aus dem klinischen Milzbefund directe Schlüsse auf die Intensität der Pfortaderstauung zu machen nicht berechtigt ist.

Muscatello-Turin: **Ueber den Bau und das Aufsaugungsvermögen des Peritoneum.**

Die Resultate der Versuche, die M. mittelst Injection von Karminfarbstoff in die Bauchhöhle von Hunden und Tödtung der Thiere nach 5 Minuten bezw. mehreren Stunden anstellte, sind hauptsächlich folgende:

Das Diaphragma ist das einzige Gebiet der Serosa, welches für die Aufsaugung körniger Stoffe bestimmt ist. Diese Aufsaugung geht mit äusserster Schnelligkeit vor sich.

Es bestehen in der Bauchhöhle beständig gegen das Zwerchfell gerichtete Flüssigkeitsströmungen. Die mediastinalen Lymphdrüsen haben die Aufgabe, die aus der Bauchhöhle stammende Lymphe zu sammeln.

Die Endothelzellen der Serosa besitzen zum Theil lange Fortsätze. Sie bilden normalerweise eine zusammenhängende Schicht ohne irgendwelche Oeffnungen. Die als Stigmata oder Stomata beschriebenen Bildungen sind zufällige Producte.

Feinkörnige Substanzen (Karmin) und weiche modellirfähige Körper (rothe Blutkörperchen) durchwandern die Endothelschicht des Zwerchfells zum grössten Theil in freiem Zustande, indem sie sich zwischen den Endothelzellen hindurchdrängen, zum kleineren Theil als Einschluss von Leukocyten. Grosse, starre Körper werden zum grössten Theil von Wanderzellen durch das Zwerchfell hindurch befördert.

Buttersack-Stuttgart: **Immunität und Heilung im Lichte der Physiologie und Biologie.**

Eine philosophisch-kritische Studie, in der Verf. den Versuch macht, ohne selbst neue Thatsachen bringen zu wollen, die zur Zeit bestehenden, verschiedenen, oft gegensätzlichen Anschauungen auf diesem Gebiete zusammenzufassen und unter einheitliche Gesichtspunkte zu bringen. Die Arbeit ist zu einer kurzen Wiedergabe nicht geeignet.

Falk-Berlin: **Hydrastin- und Narkotinderivate.**

Chemische und physiologische Untersuchungen über die Methylamid- und Methylimidverbindungen des Narkotins und Hydrastins ergeben eine nahe pharmakologische Verwandtschaft zwischen beiden Gruppen, wie sie auch zwischen den Oxydationsproducten dieser Alkaloide, dem Cotarnin und Hydrastinin besteht. Als ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden fällt jedoch auf, dass die aus dem Opium abgeleiteten Narkotinderivate alle eine, wenn auch verschieden starke Einwirkung auf das Grosshirn zeigen, sie erzeugen ein narkotisches Stadium, während die Hydrastinderivate eine Einwirkung auf das Gefässsystem und den Blutdruck ausüben.

Versuche mit den beiden Mitteln am Krankenbett lassen ihre therapeutische Anwendung vorderhand nicht angezeigt erscheinen.

E. G. Levin-Berlin: **Ueber die anatomischen Verhältnisse überzähliger kleiner Finger und Zehen.**

Sehnen sind stets vorhanden, wenn das überzählige Glied einen eigenen Metacarpal(tarsal)knochen besitzt; sie sind nie vorhanden, wenn die knöcherne oder knorplige Grundlage des betreffenden Gliedes mit dem übrigen Knochengerüst der Hand bezw. des Fusses nicht in Verbindung steht. Nerven sind fast immer vorhanden, jedoch nur selten in völlig normaler Zahl.

Die vorhandenen Sehnen sind nur ausnahmsweise selbständig; gewöhnlich stellen sie Abzweigungen von den Sehnen der benachbarten Finger und Zehen dar; eine Thatsache, welche zeigt, dass die vielfach behauptete Gebrauchsfähigkeit der überzähligen Glieder nur selten vorhanden sein kann und dass, wo überhaupt Bewegungen stattfinden, es sich fast nie um eine Eigenbewegung, sondern nur um eine Mitbewegung mit dem letzten normalen Finger handelt.

Rudolf Virchow: **Zur Erinnerung an Felix Hoppe-Seyler.**
Hecker-München.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 50.

1) Lassar: **Ueber die Lepra.**

Siehe diese Wochenschrift S. 1091.

2) Wassermann-Berlin: **Ueber Lepra.** (Institut für Infectionskrankheiten.)

W. beschreibt einen typischen Fall dieser Erkrankung bei einem

18jährigen Mädchen. Die Patientin stammt aus dem Kreise Memel, wo die Lepra im Jahre 1874 zum erstenmale auftrat. Es leben dort unter 60000 Einwohnern 18 Leprakranke, 8 sind gestorben.

3) Schüle: **Die Verdauung während des Schlafes.** (Medicin. Klinik zu Freiburg i/B.)

Im Schlafe sind die Aciditätswerthe gegenüber dem wachen Zustande stets erhöht. Ferner zeigt die Motilität eine deutliche, wenn auch nicht sehr regelmässige Verminderung ihrer Energie.

Daraus ergibt sich einmal der schädliche Einfluss des längeren Schlafes nach dem Essen, ferner die Unbekömmlichkeit reichlicher Abendmahlzeiten. Ferner folgt daraus, Magenkranken den Schlaf nach dem Essen streng zu verbieten, sie dagegen anzuhalten, während der Verdauung wachend, bei leichter Lectüre, zu ruhen.

4) Heller: **Eine Methode zur Darstellung der markhaltigen Hautnerven in gehärteten Präparaten.** (Aus der Lewin'schen Syphilis-Klinik.)

Die Einzelheiten des Verfahrens müssen im Original eingesehen werden.

5) Friedrich: **Beobachtungen über die Wirkung von subcutan einverleibten Streptococcen und Saprophyten-Toxinen auf den menschlichen Organismus, insbesondere auf die Körpertemperatur, nebst Bemerkungen über Intoxicationsherpes.** (Chirurgische Klinik zu Leipzig.)

Die genannten Beobachtungen wurden gewonnen bei Versuchen, die angestellt wurden zur therapeutischen Beeinflussung von Sarkomen nach dem Vorgange Coley's. Zur Injection gelangten Bakterientoxine von Streptococcenreinculturen, von Bacillus prodigiosus-Reinculturen und von Streptococcen-Bacillus prodigiosus-Reinculturen.

Bei Injection von Streptococcentoxinen erfolgte am Ende der 4. Stunde ein langsamer Temperaturanstieg, und nach 12 Stunden erreichte die Körpertemperatur ihr Maximum von 40° C. Spätere Einverleibungen vermochten nur leichtere Temperatursteigerungen hervorzurufen. Auffällig war die geringe Reaction bei einem von einem schweren Erysipelfall stammenden Toxinkörper, dessen Reincultur im Thierexperiment höchste Virulenz gezeigt hatte.

Im Gegensatz zu den Streptococcentoxinen löste die Einspritzung von Bacillus prodigiosus-Toxinen schon nach kurzer Zeit (15 Minuten) die schwersten Fiebererscheinungen mit heftigen Schüttelfrösten und Beschleunigung der Herzcontractionen bis zur Unzählbarkeit des Pulses aus. Weitere Versuche ergaben, dass diese Wirkung zurückzuführen ist auf die an die Bakterienzelle noch gebundenen Proteïne, nicht an die durch Filtration zu isolirenden Toxine.

Verf. hatte im Anschluss an seine Versuche 7mal Gelegenheit, den Ausbruch einer Herpes facialis zu beobachten. Er trat immer erst auf nach vollständigem Temperaturabfall. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhalts ergab 3mal den Staphylococcus aureus. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 51.

Prof. F. Ahlfeld: **Die Desinfection des Fingers und der Hand vor geburtshilflichen Untersuchungen und Eingriffen.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Marburg.)

An einer grossen Reihe von scrupulös ausgeführten Versuchen mit genauen bakteriologischen Untersuchungen kommt A. zu dem Schlusse, dass eine Reinigung der Hand mit warmem Wasser und Seife mit oder ohne Benützung der Bürste und mit besonderer Berücksichtigung des Nagelfalzes und Nagelbettes und darauffolgende Abreibung der Hand und der einzelnen Finger durch in 96proc. Alkohol getauchte Flanellläppchen in den meisten Fällen genüge, um eine völlige Keimfreiheit zu erzielen. Jede andere Desinfection mit Carbol, Sublimat, Seifenkresol u. s. w. ist minderwerthig und unsicher. Die Hauptrolle bei der Sterilisirung spielt der Alkohol. Die auf die angegebene Weise sterilisirte Hand wird ohne weitere Einfettung etc. in die Genitalien eingeführt.

Prof. A. Johannessen: **Ueber Injectionen mit antidiphtherischem Serum und reinem Pferdeserum bei nichtdiphtheriekranken Individuen.** (Aus der pädiatrischen Universitätsklinik in Christiania.)

Bericht über vergleichende Versuche von Injectionen mit Kochsalzlösung, nach der Roux'schen Methode dargestelltem Diphtherieheilserum, Pferdeserum und Behring'schem Heilserum bei gesunden und tuberculösen Personen. Die Reaction war bei den letzteren nicht stärker als bei den gesunden. Der Hämoglobingehalt des Serums scheint dabei keinerlei Rolle zu spielen, ebensowenig die Menge der injicirten Flüssigkeit. Die wesentlichsten Uebelstände bei den Injectionen beruhen in erster Linie auf der Einführung eines fremden Serums als solchen in den Körper. Die praktische Folge ist also, dass man möglichst kleine Dosen von Serum selbst, d. h. mit anderen Worten das Antitoxin möglichst stark concentrirt anwendet.

K. Szegö-Budapest: **Ein mit Serum behandelter Fall von Streptococcendiphtherie.**

Der erwähnte Fall betrifft eine im Anschluss an Scharlach aufgetretene secundäre Diphtherie mit sehr schweren Erscheinungen, die auf eine einmalige Injection mit Behring's Heilserum No. III auffallend rasch sich besserte und zur Heilung kam. Der Löffler'sche Bacillus konnte nicht gefunden werden, nur Streptococcen. Die Wirkung wird durch die Metschnikoff'sche „stimulirende" Theorie zu erklären versucht.

Hammer-Heidelberg: **Beitrag zur Cultur des Gonococcus.**

H. empfiehlt als neuen und besten Nährboden zur Züchtung der Gonococcen stark eiweisshaltigen Urin alkalischer Reaction, sogenannten Eiweissurinagar, welcher im Gegensatz zu dem von Finger angegebenen Harnagar die Anwendung des absolut sicheren Wertheim'schen Plattenverfahrens erlaubt.

W. Fischer: **Ueber Kindergonorrhoe.** (Aus dem Altonaer Kinderhospital, Director Grünberg.)

Beobachtungen bei 50 Fällen gonorrhoischer Vulvovaginitis (bei Kindern von 1—12 Jahren), die theilweise endemisch auftraten. Besonders wichtig für die Hospitalpraxis sowohl wie für Private ist die Prophylaxe.

Hochmann-Marienburg: **Subcutaner Genococcenabscess am linken Ellbogen.**

Die in dem Abscess vorgefundenen Diplococcen erwiesen sich als identisch mit den in einem spärlichen Harnsecret (in Folge alter, chronischer Gonorrhoe) nachgewiesenen Gonococcen.

B. Steinheim-Bielefeld: **Ein Osteom der Orbita.**

Günstig verlaufene Operation eines beinahe die ganze Augenhöhle und einen Theil der Nasenhöhle ausfüllenden, von dem unteren Orbitalrand ausgehenden Osteoms.

Th. Lange: **Aegypten als Winterstation.**

Aegypten empfiehlt sich besonders durch seine trockene Luft, welche nicht nur für Lungenkranke, sondern speciell auch für Rheumatiker und Nierenleidende von grossem Werthe ist. In Betracht kommen zum längeren Aufenthalt das Bad Heluan, auf einem Felsplateau staubfrei gelegen und Menahaus unmittelbar bei den grossen Pyramiden von Gizeh und Cairo. F. L.

Ophthalmologie.

Durch **„experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Pneumoniecoccus in der Pathologie des Auges"** (Archiv für Augenheilkunde, XXXI, p. 199—263) hat Dr. Ludwig Bach in Würzburg die Behauptung der italienischen Autoren Gasparini und Basso, dass der Diplococcus pneumoniae ein sehr häufiger Bewohner des Bindehautsackes im normalen Zustande sei und mit Bindehautentzündungen, sowie mit Geschwürsprocessen der Hornhaut in ätiologischem Zusammenhange stehe, einer Prüfung unterzogen. Die Reincultur des Pneumoniecoccus wurde durch Impfung einer weissen Maus mit dem rostbraunen Sputum eines an Pneumonie Erkrankten gewonnen. Von dieser wurden Agar- und Bouillonculturen angelegt. Die Cultur wurde täglich abgeimpft, von Zeit zu Zeit wieder eine weisse Maus inficirt und davon neue Culturen angelegt. Die Mäuse gingen regelmässig innerhalb 24—48 Stunden zu Grunde. Die Versuche wurden so angestellt, dass die Coccen mittels einer Platinnadel oder der krummen Lanze in eine oder mehrere Taschen in der Hornhautgrundsubstanz gebracht wurden. Die Resultate waren folgende:

Bei 6 Versuchen erfolgte entweder **gar keine Reaction**, oder es trat nach 48—60 Stunden eine geringe graue Infiltration an der Implantationsstelle und mässige pericorneale Injection auf. Die Infiltration ging in weiteren 2—3 Tagen vollständig zurück. Bei 8 Versuchen erfolgte an und um der Implantationsstelle eine mehr oder minder ausgedehnte Infiltration des Gewebes, 5mal kam es auch zu Hypopyonbildung. Dagegen kam es fast nie zu einem nennenswerthen Oberflächenzerfall. Die Infiltration trat auf am zweiten bis dritten Tage, nahm dann in den nächsten Tagen zu und ging in 8—14 Tagen allmählich mit Hinterlassung einer graulichen Trübung zurück. Zu einer Perforation der Hornhaut oder des Bulbus an einer anderen Stelle kam es nie, obwohl absolut keine Therapie Platz griff. — Vollvirulente Pneumoniecoccen in die vordere Kammer gebracht, rufen entweder eiterige Iridocyclitis oder typische Panophthalmie hervor. In den Glaskörper eingeimpft erzeugen sie Panophthalmie oder Glaskörperabscess mit langsamer Atrophie des Auges. Nicht selten kommt es zur Allgemeininfection. In den Tenon'schen Raum oder in die Orbitalhöhle gebracht, bringen sie phlegmonöse Entzündung hervor. Eine directe Beziehung zur sympathischen Ophthalmie besteht dagegen nicht. Es geht also aus den Versuchen B.'s hervor, dass der Diplococcus pneumoniae eine bedeutende Rolle in der Pathogenese von Augenerkrankungen zu spielen vermag, dass ihm aber bei dem typischen Ulcus corneae serpens eine solche nicht zukommt.

Der gleiche Autor veröffentlicht in v. Gräfe's Archiv für Ophthalmologie XLI. 2. p. 159—178: **„Bakteriologische Untersuchungen über die Aetiologie der Keratitis et Conjunctivitis ekzematosa,** nebst Bemerkungen zur Eintheilung, Aetiologie und Prognose der Hornhautgeschwüre."

Der Grund, warum es den verschiedenen Untersuchern so schwer und Manchem überhaupt nicht gelang, den Mikrococcus der Keratitis phlyctaenularis aufzufinden, ist nach B. darin zu suchen, dass in den Phlyctänen nach 1—2tägigem Bestehen Coccen nicht mehr vorhanden zu sein pflegen. Nur von ganz frischen Phlyctänen gelang es dem Verfasser, Colonien zum Wachsthum zu bringen. Es ist nun durch dessen Versuche die Thatsache absolut sicher gestellt, dass wir Bakterien mit pyogenen Eigenschaften, dass wir speciell die Staphylococcen, vornehmlich den Staphylococcus pyogenes aureus als den Erreger der Phlyctänen anzusehen haben. Es gelang dem Verfasser, fast ausnahmslos die Staphylococcen nachzuweisen, wenn er bald genug nach dem Entstehen der Phlyctänen abimpfte.

Das Primäre bei Entstehung von Phlyctänen ist stets ein Oberflächenverlust oder sonst eine oberflächliche minimale Verletzung, wodurch die Möglichkeit des Eindringens der pyogenen Mikroorganismen gegeben wird. Ob es nun zur Bildung einer sogenannten Phlyctäne oder Pustel kommt, das wird von verschiedenen Factoren (Virulenz, Menge etc. der Bakterien, der Widerstandsfähigkeit des Organismus, eventuell auch von der Art der Oberflächenverletzung) abhängen, jedenfalls besteht zwischen beiden Formen nur ein gradueller Unterschied. Im Hinblick darauf, dass für diese Augenerkrankung der gleiche Erreger festgestellt ist, wie für das Ekzem der übrigen Körpertheile, und auf die Thatsache, dass eine Abhängigkeit derselben von den sonst vorhandenen Ausschlägen unleugbar vorhanden ist, erscheint als die richtige Bezeichnung: Keratitis, Conjunctivitis ekzematosa. Zu Unrecht bestehen die Namen: scrophulöse Ophthalmie, Keratitis et Conjunctivitis lymphatica, Herpes etc.

Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dass dieselbe in erster Linie eine locale sein muss. Bei der ausserordentlichen Verschiedenheit der ekzematösen Erkrankung lässt sich ein Schema nicht geben. Angenommen, es wären in einem speciellen Falle einige Phlyctänen am Limbus oder an der Conjunctiva sclerae vorhanden, so ist zunächst jedes Wischen mit den Händen oder schmutzigen Tüchern, oder sonst beliebte unzweckmässige Maassnahmen zu verbieten, da hiedurch das Entstehen neuer Epitheldefecte begünstigt und ebenso deren gleichzeitige Infection bewirkt wird. Auch eine Reinfection der bereits in Heilung begriffenen Phlyctänen kann dadurch stattfinden. Zweckmässig erscheint es, eine Salbe, z. B. 1/2 proc. gelbe Präcipitatsalbe, Borvaselin, Sublimatvaselin 1:6000 öfters einzustreichen. Müssen solche Patienten ambulatorisch behandelt werden, ist also eine genügende Controle nicht möglich, haben wir es mit unvernünftigen Patienten, kleinen Kindern zu thun, sehen wir, dass dieselben fortwährend wischen, oder die Augen und Lider sonst malträtiren, so ist es zweckmässig, einen Verband anzulegen. Haben wir es in anderen Fällen mit frischen Efflorescenzen der Hornhaut zu thun, so ist es rathsam, von Anfang an zu verbinden, bis der Process in Heilung begriffen ist; unbedingt nothwendig ist der Verband, wenn es zu einer nennenswerthen Infiltration der Hornhaut um die Phlyctäne gekommen ist. Auch hier kann man zweckmässig eine Salbe einstreichen. Als bestes Constituens derselben kann das von Michel empfohlene Vaselinum americanicum purissimum und zwar besonders das Fabricat der Chesebrough Manufacturing Co. gelten. — Ob und wann bei den ekzematösen Augenerkrankungen Atropin anzuwenden sei, darüber besteht noch grosse Meinungsverschiedenheit. In solchen Fällen, wo die Phlyctänen in der Conjunctiva sclerae oder im Limbus sitzen, ist eine Affection der Iris kaum jemals vorhanden; es ist also hier Atropin überflüssig, da eine günstige Beeinflussung des Heilprocesses der Phlyctänen selbst nicht zu erwarten ist; ja es ist hierbei sicherlich oft schädlich, da die folgende Mydriasis Lichtscheu hervorruft, oder vorhandene vermehrt. — Hat die Erkrankung ihren Sitz in der Hornhaut, so ist das Verhalten der Iris genau zu controliren; in sehr vielen Fällen wird bei peripherem Sitz der Efflorescenz eine Mitbetheiligung der Iris überhaupt nicht, jedenfalls keine Entzündung vorhanden sein. Es wäre somit auch hier von Atropininstillation meist abzusehen. Dahingegen ist fast immer die Anwendung von Atropin geboten, wenn der Process die mittleren Partien der Hornhaut ergriffen hat oder wenn eine stärkere Infiltration der Hornhaut, eine Progression des Processes sich geltend macht. Ein gleichzeitiges Ekzem der Lider oder sonstiger Körpertheile ist selbstverständlich mitzubehandeln. Gelingt es, dieses erfolgreich zu bekämpfen, so schwindet das Ekzem der Augen oft von selbst. Als zweckdienliche Medicamente haben sich hierfür das Argentum nitricum, die Lassar'sche Paste ohne Perubalsam neben anderen Mitteln erwiesen.

Aus den Auseinandersetzungen des Verfassers geht mit Bestimmtheit hervor, dass ein directer Zusammenhang zwischen der sogenannten Scrophulose und den beschriebenen Augenaffectionen nicht besteht, es hat somit eine gegen die Scrophulose gerichtete Allgemeinbehandlung keinen directen Einfluss auf die Augenerkrankung. Ein indirecter Zusammenhang lässt sich jedoch nicht leugnen, insofern als die sogenannten scrophulösen Individuen wegen ihrer meist sehr empfindlichen Haut, wegen ihrer Neigung zu katarrhalischen Affectionen der Schleimhäute in hohem Grade zu ekzematösen Erkrankungen neigen — in einer nicht geringen Anzahl der Fälle von Hautekzem gelingt es jedoch, anderweitige, sehr augenscheinliche Ursachen aufzudecken. — Dass alle die bekannten Geschwürsformen durch pyogene Mikroorganismen, speciell durch die Staphylococcen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, erzeugt werden, dürfte als feststehende Thatsache gelten. Die Aetiologie ist oft für alle Geschwürsformen die gleiche, die Prognose hingegen ist meist ungleich bei verschiedenem Sitze der aus gleicher Ursache entstandenen Geschwüre. Bei peripherem Sitze der Geschwüre pflegt eine gleichzeitige Affection der Iris und des Corpus ciliare entweder überhaupt nicht einzutreten oder sicher nicht in hohem Grade. Zur Bildung eines Hypopyon kommt es relativ selten. Bei centralem Sitze dagegen bildet die Mitbetheiligung genannter Theile, das Auftreten eines mehr oder minder bedeutenden Hypopyons geradezu die Regel. Zur Erklärung dieser Erscheinung kommen zwei verschiedene Factoren in Betracht: Wir wissen, dass die secundäre Iritis bei den Hornhautgeschwüren hervorgerufen wird durch die Stoffwechselproducte und Proteïne der Bakterien, welche sich in die Hornhaut eingenistet haben. Sitzen nun die Geschwüre in den mittleren Partien der Hornhaut, so wird aller Wahrscheinlichkeit nach eine grössere Menge von Stoffwechselproducten und Proteïnen in die vordere Kammer gelangen, als bei peripherem Sitze, wo ein Theil derselben rasch in die benachbarten Blut- und Lymphbahnen der Conjunctiva sclerae und des episcleralen Gewebes gelangen und von denselben weggeführt werden kann. — Ein zweiter Factor ist der, dass wegen der grösseren Entfernung des Randschlingennetzes der Hornhaut die von den Blutgefässen ausgehenden Heilpotenzen erst später den Kampf mit den in der Hornhaut befindlichen Bakterien aufnehmen können, wodurch einmal die Möglichkeit der Propagation der Bakterien, der Ausbreitung des Geschwürs in höherem Grade vorhanden ist, und selbstredend auch die Abstossung des nekrotisirten Gewebes, die Reparation erschwert ist.

Einen „**Vorschlag zur Behandlung perforirender Wunden der Gegend des Ciliarkörpers und der Linse**“ macht Dr. Randolph im Februarheft des New-Yorker med. Journals.

Die perforirenden Wunden der Ciliarkörper- und Linsengegend führen in der Mehrzahl der Fälle zum Verlust des Sehvermögens. Die sympathische Entzündung ist sehr häufig Folge einer Verletzung dieser Gegend. Dieselbe tritt selten früher als drei Wochen nach geschehener Verletzung auf. Diese Frist kann in vielen Fällen zur Rettung des Auges ausgenutzt werden. Die Linsenverletzung ist der hauptsächlichste und häufigste Ausgangspunkt der Reizungserscheinungen. Durch ihre Quellung drückt sie auf das Corpus ciliare und die Iris und erhält die Wunde klaffend, wodurch sie den Infectionskeimen die Pforte öffnet. Es ist darum vor Allem die Extraction der traumatischen Cataract angezeigt. Den ausgezeichneten Erfolg der Operation beweisen 3 vom Verfasser behandelte „anscheinend verzweifelte“ Fälle. Die für die Operation günstigsten Fälle sind jene, bei welchen die Wunde klein und im Sklera-Cornealimbus gelegen ist. Es ist nicht immer leicht, die Wunde unter diesen Umständen zu erweitern, aber die Entfernung der Linse bietet gewöhnlich keine Schwierigkeiten.

Unter dem Titel **Prognose der Retinitis albuminurica** theilte Olivier Belt in Washington in der Jahressitzung der amerikanischen medicinischen Gesellschaft, gehalten zu Maryland vom 7. bis 10. Mai d. Js., seine bezüglichen Beobachtungen mit. Verfasser hat gefunden, dass die bisher veröffentlichten Statistiken über klinisch behandelte Kranke ergeben, dass die Lebensdauer derselben nach Constatirung der Netzhautaffection ein Jahr selten überschreitet, während in der Privatpraxis manchmal ein Fall sich findet, der 5, 10 und sogar 15 Jahre überdauert. B. hat nun versucht zu eruiren, ob die mittlere Lebensdauer von Patienten der Privatpraxis über jene von Krankenhauspatienten hinausgehe. Zu diesem Behufe hat er an eine grosse Anzahl von Aerzten das Ersuchen gerichtet, ihm ihre diesbezüglichen Beobachtungen mitzutheilen. Die Angaben zeigen, dass die Patienten der Privatpraxis eine längere Lebensdauer haben und dass die Nierenaffection von hygienischen Bedingungen beeinflusst werden kann. Die Zahl der Fälle, welche das zweite Jahr überlebten, ist indess eine verzweifelt niedrige und zeigt, dass die allgemeine Annahme, dass fast alle diese Kranken vor der Vollendung des zweiten Jahres sterben, gerechtfertigt ist. Eine Zusammenstellung von allen statistischen Angaben, die Verfasser erhalten hat, ergibt Folgendes: Von 155 Privatpatienten waren am Ende des ersten Jahres 62 Proc. mit Tod abgegangen; am Ende des zweiten Jahres 85 Proc. 14 Proc. überlebten das zweite Jahr. Von 77 in Krankenhäusern behandelten Fällen starben während des ersten Jahres 85 Proc., während des zweiten Jahres ging die Ziffer auf 93 Proc. und nur 6 Proc. überlebten das zweite Jahr.

Von 187 gemischten Fällen starben 65 Proc. während des ersten Jahres, 93 Proc. während des zweiten und 6 Proc. lebten länger als 2 Jahre.

Die Gesammtzahl der beobachteten Fälle beträgt 419. Davon starben während des ersten Jahres 72 Proc., während des zweiten Jahres 90 Proc., während 9 Proc. länger als 2 Jahre lebten.

Dr. Rhein-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 18. December 1895.

Herr **Saul** bespricht ein von ihm auf Anregung des verstorbenen Schimmelbusch gefundenes Verfahren zur **Desinfection des Catgut.**

Da die chemischen Desinficientien aus bekannten Gründen ungeeignet sind und das siedende Wasser für Catgut nicht in Betracht kommt, so versuchte S. das Catgut mittelst siedenden Alkohols zu sterilisiren und es gelang ihm, mittelst einer Mischung von 85 Proc. Aethylalkohol, 5 Proc. Acid. carbol. liquefact. und 10 Proc. Wasser in einem hiezu von Lautenschläger gefertigten Apparat Catgut in 5 Minuten zu sterilisiren. Der Schwerpunkt des Verfahrens liegt im Wasserzusatz.

welcher die Desinfectionskraft wesentlich erhöht. Die erwähnte bei 78° siedende Mischung liefert das Gewünschte in 5 Minuten, während z. B. der bei 132° siedende Methylalkohol (der, wie in der Discussion Herr Weyl anführt, sich mit Wasser nicht mischt) selbst in 3 Stunden noch nicht alle Sporen abzutödten im Stande ist.

Herr **O. Israel** zeigt die Präparate von einem Cylinderzellencarcinom der Gallenblase und Cancroid des Pankreas, welche sich bei einem und demselben Individuum fanden.

Herr **Gluck** demonstrirt orthopädische Apparate und stellt einen jungen Mann vor, welcher in Folge essentieller Kinderlähmung an allen 4 Extremitäten gelähmt war und den er mittelst Operationen (Tenotomien) und einer 2jährigen orthopädischen Behandlung soweit gebracht hat, dass er gehen und schreiben kann.

Herr **Arnheim** demonstrirt ein Kind mit halbseitigem Riesenwuchs; auf der vergrösserten Seite finden sich Teleangiektasien.

Herr **Gutzmann: Ueber den äusseren Sprachmechanismus** (mit photographischen Demonstrationen).

An der Hand vorzüglicher Projectionsphotogramme und stroboskopischer Bilder demonstrirt Vortr. die beim Sprechen im Gesichte vor sich gehenden Verschiebungen, welche die Sprache der Taubstummen, das Ablesen des Gesprochenen vom Munde, ermöglichen. H. Kohn.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. December 1895.

Herr **Schwalbe** demonstrirt das Herz eines Mannes, der an **Herzruptur** zu Grunde gegangen war. Die intra vitam vorhandenen Symptome hatten auf ein Aneurysma hingewiesen.

Herr **Mendelsohn: Hat das Radfahren einen gesundheitsschädlichen Einfluss?**

Der Vortragende wandte sich der Untersuchung dieser zeitgemässen Frage im Auftrage des Vereins für innere Medicin zu; in der deutschen Literatur finden sich nur vereinzelte Angaben über diesen Gegenstand, während sie in der französischen etwas reichlicher angetroffen werden.

Aus dem aussergewöhnlich ausführlichen, bis jetzt nur theilweise erstatteten Berichte des Vortr. seien nur die wichtigsten Punkte hervorgehoben.

Die gymnastische Bedeutung des Radfahrens ergibt sich aus der Erwägung, dass beim gewöhnlichen Gehen die Flexoren das Meiste zu leisten haben, beim Radfahren hingegen die Extensoren der Beine, also eine vorzügliche Ergänzung stattfindet, und dass ferner beim Radfahren die Flexoren der Arme und die gesammte Rumpfmusculatur in hervorragendem Maasse mit in Anspruch genommen werden.

Was den Einfluss auf den Stoffwechsel anlangt, so konnte Vortr. in einer (allerdings sehr kleinen, Ref.) Versuchsreihe (und ohne Angabe der Einnahmen, Ref.) eine Steigerung der Harnstoffausscheidung constatiren (von 24,3 vor auf 27,7 g während bezw. unmittelbar nach einer grösseren Fahrt), ferner eine Verminderung der Harnsäureausscheidung und wahrscheinlich auch der Harnsäurebildung und einiges andere mehr. Der Einfluss auf den Stoffverbrauch lässt sich ersehen aus dem Beispiele eines Sportfahrers, der nach 613 km 13½ Pfd. an Körpergewicht verloren hatte. Die Magenverdauung wird durch die ungünstigen mechanischen Verhältnisse, welche sich aus der gekrümmten Körperhaltung ergeben, und durch die verminderte Secretion der Magendrüsen gestört. Hingegen wird die Defäcation befördert, wenn nicht durch Uebermaass im Fahren der Blutzufluss zu den Rectalgefässen zu gross wird und dadurch Hämorrhoiden mit ihren ungünstigen Folgen für die Defäcation zur Entwickelung kommen.

Von grösster Bedeutung ist der Einfluss des Radfahrens auf Athmung und Blutkreislauf. So führt die in Folge der erhöhten Muskelthätigkeit gesteigerte Kohlensäureproduction leicht zu Dyspnoe, wenn nicht durch zweckmässige Athmung die Lungen genügend gelüftet werden. Hierin wird aber von Anfängern häufig gefehlt; es ist darum nöthig, die Athmung gehörig zu üben. Man muss von vornherein tief und gleichmässig athmen, und zwar mit der Nase und nicht mit dem Munde. Letzterer Umstand ist von grosser Bedeutung, da die Exspiration in die verdichtete vor dem Munde des Fahrenden befindliche Luft erschwert ist, während sie aus der Nase nicht direct gegen den Luftstrom entleert wird, ganz besonders dann nicht, wenn man den Kopf vornübergebeugt, wie z. B. beim Gehen gegen starken Wind, wo dann die aus der Nase strömende Luft fast die Richtung des Windes gewinnt. Umstände, welche die Nasenathmung erschweren (Polypen), sind also zu beseitigen oder als Contraindication zu betrachten.

Wenn das Radfahren bei offenem Mund durchaus nicht zu umgehen ist, dann lege man wenigstens die Zungenspitze gegen die obere Zahnreihe, wodurch ein leidlicher Schutz gegen den Luftdruck, sowie gegen Erkältung gewährt wird.

Für das Herz ist von Bedeutung die Steigerung des Blutdruckes und die Zunahme der Pulsfrequenz. Die erstere kann allmählich zur Erschlaffung der Gefässe und dikrotem Pulse führen; die letztere ist zuweilen ganz enorm: 250 Schläge sind beobachtet und 150 sind bei angestrengtem Fahren das Gewöhnliche. Ganz plötzliche Steigerung der Pulsfrequenz tritt beim Berganfahren auf und zwar schon bei geringen Steigungen, wenn man dieselben schnell nehmen will. Diese Wegsteigungen bilden die Hauptgefahr für den Radfahrer und plötzliche Todesfälle in Folge von Herzlähmung bei sonst kräftigen, gesunden Individuen sind verhältnissmässig oft beobachtet worden und es gilt als nicht mehr zweifelhaft, dass eine ganze Anzahl von schweren Herzaffectionen nach dem Radfahren entstanden sind. Vor raschem Berganfahren, wie überhaupt vor übermässigem Radfahren ist daher dringend zu warnen. Kniegelenksentzündungen bei übertriebenem Radfahren, Prostatitis bei latenter Gonorrhoe etc., seien nur erwähnt und nur noch auf einen Punkt hingewiesen, dass nämlich bislang kein zweckmässiger Sitz für Frauen construirt ist, die bisher gebräuchlichen aber masturbatorischen Bestrebungen in bester Weise zu Hilfe kommen.

Fortsetzung folgt. H. Kohn.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 17. December 1895.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Wiesinger demonstrirt einen 22jährigen Mann, den er wegen Perityphlitis operirt hat.

Es handelte sich um eine diffuse eitrige Perforativperitonitis. Eine Schädigung des Patienten durch Transport ins Krankenhaus, die Herr Cohen in voriger Sitzung monirt hat, lag in diesem Fall nicht vor. Der Anfall kam, als Patient im Schlaf lag. W. erkennt den prognostischen Unterschied zwischen einer Perityphlitis im Spital und in der Privatpraxis nicht an. In beiden Fällen kommen leichte und schwere, complicirte Formen zur Beobachtung. Vorliegender Fall ist der einzige von Perforativperitonitis, den W. genesen sah. Patient war Abends anscheinend gesund zu Bett gegangen und erwachte Morgens mit heftigen Leibschmerzen, Stuhlverstopfung und Erbrechen. W. fand einen empfindlichen Tumor rechts oberhalb des Nabels. Er diagnosticirte eine Darminvagination und empfahl sofort die Laparotomie, die Mittags ausgeführt wurde. Ausser der Invagination, die gelöst wurde, fand sich diffuse eitrige Peritonitis, entstanden durch eine Perforation am Wurmfortsatz, das Coecum war nach rechts verlagert. W. stand von einer Resection des Appendix ab und wusch nur die Bauchhöhle mit warmer Salicyllösung gründlich aus. Wider Erwarten wurde Patient vollständig geheilt. 2 Jahre später erfolgte noch die Perforation eines Abscesses in die Blase; sonst ist Patient seither gesund geblieben.

Bei freien Hernien beobachtete W. als sicheres Symptom der Perforation die respiratorische Mitbewegung des Darms im Bruchsack, die sich durch die reflectorische Unthätigkeit der Bauchmuskeln erklären lässt, so dass die Bewegungen des Zwerchfells auf den Darm übertragen werden.

2) Herr Liebrecht demonstrirt einen Mann, der an Alexie leidet. Patient leidet ausserdem an rechtseitiger Hemianopsie.

3) Herr Rumpel demonstrirt einen 29jährigen Arbeiter mit idiopathischer Herzvergrösserung. Ausser mässiger Dilatation des linken Ventrikels besteht als einziges und Hauptsymptom eine hohe Pulsfrequenz von 120—140 Schlägen, die dauernd vorhanden ist und durch Medicamente (Digitalis etc.) nicht beeinflusst wird. Patient hat sein Leiden in diesem Sommer acquirirt, wo er genöthigt war, anhaltend schwere Arbeit zu verrichten. Die Krankheit, auch als „Ueberanstrengung des Herzens" beschrieben, ist besonders von Fräntzel und Leyden bearbeitet. Differentialdiagnostisch kommen besonders Verwachsung der Pericardialblätter, das nervöse Herzklopfen und angeborene Enge des Gefässsystems in Frage, die R. in diesem Falle ausschliessen zu können glaubt.

4) Herr Ratjen zeigt 2 Photogramme von Myxödem.

5) Herr Kümmell demonstrirt 2 resecirte Wurmfortsätze.

II. Discussion über die Vorträge der Herren **Kümmell** und **Cohen: Ueber Perityphlitis.**
(Vergl. diese Wochenschrift 1895, No. 50.)

1) Herr Rumpf hält auch die Krankenhausfälle nicht für prognostisch ungünstiger als die Fälle der Privatpraxis. In den Jahren 1893/94 wurden auf der inneren Station des Neuen Allg. Krankenhauses 123 Perityphlitisfälle mit 3 Todesfällen beobachtet; von diesen starb 1 an Perforation, 1 an Sepsis. Die Gesammtzahl der im Neuen Allg. Krankenhause bis jetzt auf der inneren Station behandelten Fälle beträgt 401 mit 16 Todten, innere und chirurgische Abtheilung zusammen 488 Fälle mit 30 Todten, also eine Mortalität von ca. 6 Proc. Sahli fand bekanntlich eine Gesammtmortalität von 8,8 Proc.

Die Todesfälle sind zu trennen, je nachdem sie im ersten Anfall oder im Stadium der Abscedirung erfolgen. Letztere liefern besonders die Mortalität der chirurgischen Station. R. hält die Operation im anfallsfreien Stadium für günstig, besonders, wenn auch der Wurmfortsatz resecirt wird, wodurch der Kranke vor Recidiven geschützt wird. Handelt es sich um erstmalige, frische acute Anfälle, so soll man lieber exspectativ, nicht chirurgisch verfahren. Den perityphlitischen Abscess soll man zu diagnosticiren und nach aussen zu entleeren trachten, vor allem damit es nicht zur Perforation in die Bauchhöhle komme. Die Probepunction verlangt technische Fertigkeit und ist nicht immer zuverlässig; ein negatives Ergebniss wenigtens ist nicht stricte beweisend.

2) Herr C. Lauenstein hat in den letzten 3 Jahren 35 Perityphlitisfälle behandelt. Hiervon wurden 3 mit Eis und Opium geheilt, 4 waren septisch und 3 mehrfach complicirt. Von den übrigen 25 handelte es sich 15 mal um Abscesse und 10 mal um chronische Appendicitis.

3) Herr Lenhartz begrüsst es mit Freude, dass Herr Kümmell sich so maassvoll geäussert, während auch heute noch manche Chirurgen zum Einschneiden bei jedem Fall von Perityphlitis bereit seien. Er stimme mit Herrn Kümmel darin überein, dass es gut sei die Fälle mit gehäuften Recidiven und sonstigen die Erwerbsfähigkeit untergrabenden Störungen zu operiren und unbedingt sei dies geboten bei allen Fällen mit grösserem perityphlitischen Abscess. Dagegen nehme er die sonstigen Fälle selbst mit grösserem Exsudat noch für die allgemeine Praxis und für die Internen in Anspruch, da wir wüssten, dass solche unter verständiger Behandlung sehr wohl einer Rückbildung fähig seien, selbst wenn ein kleiner Eiterherd (als Kern) vorhanden sei. Die Hauptsache sei, dass die Fälle vom Anfang an richtig behandelt würden, und hier könne nicht genug betont werden, dass die frühzeitige und energische und unter Umständen auch lange durchgeführte Opiumbehandlung die Hauptsache sei. Seien alle peritonitischen Reizerscheinungen verschwunden, so könne man durch vorsichtigen Einlauf oder milde Ricinusgaben den Stuhl erzielen und beobachte dann oft ein sehr rasches Zurückgehen des Exsudats, bezw. des Tumors, der theils durch Stuhl, grösstentheils durch das Exsudat (entzündliche Infiltration, Oedem u. dergl.) bedingt sei; durch eine Fortbewegung der Kothsäule würden offenbar jetzt bessere Resorptions-(Circulations)Bedingungen gesetzt. Ausdrücklich betone er, dass man sich aber sehr wohl 2 Wochen und darüber Zeit lassen könne, bevor man den Stuhlgang künstlich hervorrufe. L. geht dann noch kurz auf die von Cohen empfohlene Massage ein; er glaubt, dass in manchen Fällen mehr chronischen Fällen, wo nach ein- oder mehrmaligem Ueberstehen der Perityphlitis Neigung zur Stagnation in Typhen bestehe, durch vorsichtiges vom Patienten täglich selbst oder in anderen Fällen vom Arzte vorgenommenes Aufwärtsstreichen genützt werden könne. Dass man selbst grosse chronische Exsudate durch die Massage beseitigen könne, ohne die geringsten übeln Nebenwirkungen hervorzubringen, habe ihn schon ein Fall gelehrt, der im Jahre 1880/81 in der Leipziger medicinischen Klinik lag und eine derart feste Geschwulst zeigte, dass ein berühmter Dresdener Arzt eine maligne nicht mehr operable Neubildung angenommen hatte. In jenem Fall erfolgte völlige Rückbildung und Genesung.

An der Hand eines Präparates, das der Leiche eines vor wenigen Tagen verstorbenen jungen Mannes entstammt, demonstrirt L. sodann die Perforation eines Wurmfortsatzes, der im Innern oberflächliche Verschwärungen zeigte und durch eine Kothschleimkugel, die in seinem Eingang lag, derart verstopft war, dass Secretverhaltung eintreten musste. Hier hatte eine grössere Ricinusöl-Gabe, die der Patient, wie sich später herausstellte, auf eigenen Antrieb genommen hatte, den Zustand alsbald äusserst verschlimmert.

4) Herr Aly sah 5 Todesfälle in seiner Privatpraxis, die alle im 1. Anfall stattfanden, keinen bei chronischen Fällen. A. ist bei Abscessen für die Operation. Von 6 Abscessfällen waren 2 in den Darm perforirt und 4 durch Incision geheilt, von denen 2 allerdings lang dauernde Fisteln behielten. Die Massage eignet sich nur für chronische Fälle.

5) Herr Ratjen ist entschiedener Gegner der Massage bei Perityphlitis und hält dieselbe für nutzlos und gefährlich. Man kann nie wissen, ob nicht Phlebitis und Lymphangitis vorhanden sind. Auch Ricinusöl nach Ablauf von 2—3 Wochen hält R. noch für bedenklich.

6) Herr Cohen vertheidigt seine Fälle und seine Therapie. Massage bei chronischen Fällen wendet C. nicht an.

7) Herr Sick berichtet aus der chirurgischen Abtheilung des Neuen Krankenhauses. Von 53 Resectionen des Wurmfortsatzes wurden 50 geheilt, 3 starben = 6 Proc. Mortalität. Den perityphlitischen Tumor hält S. nach seinen bei Operationen gewonnenen Erfahrungen in der Hauptsache für Oedem.

8) Herr Wiesinger erwähnt, dass auch im gesunden Wurmfortsatz sich Kothsteine und andere Fremdkörper finden können, worauf besonders Ribbert aufmerksam gemacht hat.

9) Herr Kümmell betont nochmals seine Ansicht, dass ein nachgewiesener Abscess auch incidirt werden muss. Liegt der Wurmfortsatz bei der Operation zu Tage, so soll er mit entfernt werden, was für den Patienten jedenfalls das Vortheilhafteste ist; sonst kann man ihn auch im Körper lassen.

10) Herr Goebel hat bei Appendicitis niemals lebende, pathogene Bakterien gefunden. Von dieser Seite also ist in Bezug auf Massage nichts zu fürchten. Ribbert fand im höheren Alter sehr häufig obliterirende Wurmfortsätze; er fasst diesen Vorgang nicht als pathologische Erscheinung, sondern als Involutionsvorgang auf. Unter 400 Fällen fand sich 99 mal partieller oder totaler Verschluss, also in 25 Proc. Von Leuten über 60 Jahren weisen mehr als die Hälfte Obliterationsprocesse auf. Kothsteine sind ebenfalls ein häufiger, physiologischer Befund; die grösseren sind gewöhnlich geschichtet und haben einen Kern aus Koth und eine Hülle aus Schleim.

11) Herr Fraenkel fand, dass die physiologische Obliteration des Wurmfortsatzes vom blinden Ende ausgeht, während die pathologischen Stricturen meist in der Mitte sitzen. Pathogene Bakterien, besonders Streptococcen, fand Fr. im Exsudat, zumal in den kleinen Eiterherden zwischen den Darmschlingen. Eine Phlebitis, die Herr Ratjen erwähnte, kommt bei Appendicitis kaum vor.

12) Auf Herrn Ratjen's Bemerkung erwidert Herr L., dass er vor der Massage im acuten Stadium ausdrücklich warne. R. habe ihn da ganz missverstanden; für manche andere Fälle, wolle er sie nicht gerade empfehlen, obwohl er sie selbst anwende. Auch die Probepunction, die ihm selbst oft so ausserordentlich wichtigen Aufschluss gegeben und den von ihm punctirten Kranken niemals unbequeme oder gar nachtheilige Folgen bereitet habe, möchte er nicht allgemein empfehlen; jedenfalls müsse man sich streng an die topographischen Verhältnisse erinnern. Jaffé.

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. November 1895.

Prof. v. Starck: Zur Kenntniss des Favuspilzes.

Nach kurzer Uebersicht über die wichtigsten neueren Arbeiten, die sich mit dem Favuspilz beschäftigen, berichtet v. St. über Culturen, die bei verschiedenen Fällen von Kopf-Favus und Haut-Favus angelegt wurden. In 4 Fällen von Favus des behaarten Kopfes aus Kiel fand sich gleichmässig der von Quincke als γ-Pilz bezeichnete Favuspilz, welcher jedenfalls mit dem von Pick beschriebenen identisch ist. Ebenso in Favusborken, die Herr Dr. Spiegler aus Wien gütigst gesandt hatte; ferner derselbe Pilz in einem Fall von ausgedehntem reinen Haut-Favus und in einem Fall von isolirtem Haut-Favus, der offenbar durch Infection von den an Kopf-Favus leidenden Geschwistern bei einem Säugling entstanden war. Reinculturen des vom Kopf gewonnenen γ-Pilzes erzeugten auf der Armhaut zweier Menschen Favus mit zahlreicher Schildchenbildung ohne herpetische Ringe. In einem weiteren Fall von anscheinend

Favus-Erkrankung der Haut fand sich ein Pilz, der dem α-Pilz von Quincke gleicht; die bezüglichen Culturversuche, besonders auch Uebertragung von Reinculturen auf den Menschen sind noch nicht abgeschlossen.

(Eine ausführliche Mittheilung wird nach Abschluss aller Versuche an anderer Stelle erfolgen.)

Prof. Graf **v. Spee** berichtet über **neue Beobachtungen an sehr jungen menschlichen Keimen.**

In einem menschlichen Ei, dessen grösster Durchmesser jedenfalls kleiner als 7 mm (vermuthlich $5^1/_2$—6 mm) war, — dasselbe konnte nicht genau gemessen werden, weil das Ei in einer die mütterliche Fruchtkapsel ganz erfüllenden starren Blutmasse eingebacken sass — fand sich eine Embryonalanlage, welche viel primitivere Entwickelungsstadien aufwies als irgend ein früher mir zur Untersuchung vorgelegenes Ei. Die ganze Embryonalanlage bildete einen länglichen, 1,8 mm langen, durch eine quere Einschnürung in 2 kugelige Abtheilungen zerlegten Zapfen, dessen eines Ende durch Mesodermgewebe an die Innenseite des Chorions befestigt war. Von hier aus ragte derselbe frei in das Eiinnere, resp. die periembryonale Mesodermspalte, die schon ausserordentliche Weite besitzt, vor, aber in so spitzwinkliger Richtung zur Chorioninnenfläche, dass eine Seite des Zapfens und zwar die kraniale dem Chorion sehr nahe gegenüberlag. Die das freie Zapfenende einnehmende, etwas kolbig verdickte Abtheilung ist der Dottersack. An der Stelle der Einschnürung des Zapfens findet sich die Anlage der Keimscheibe. Die von hier aus chorionwärts gelegene Abtheilung des Zapfens besteht zu $^3/_4$ aus solider Mesodermmasse, in die nur vom Dottersack aus ein mit Entoderm ausgekleideter blinder Gang (Allantoisgang) vorragt. Sie entspricht der Hauptsache nach dem Schwanzknoten des Primitivstreifs (Bauchstiel späterer Stadien) und ist die einzige Verbindung des Embryonalgebildes zum Chorion (Heftstrang). An der dem Chorion zugewandten freien (kranialen) Seite lag in dieser Mesodermmasse fast ganz versenkt die ausnehmend kleine, völlig geschlossene Amnionhöhle. Ihre Auskleidung bildet eine sehr dünne Lage Ektodermzellen bis auf die der Dottersackwand anliegende Region; hier werden die Ektodermzellen hochcylindrisch und bilden eine dicke Epithelplatte, die erste Anlage der Keimscheibe, deren dorsale Fläche conform der Amnionhöhle concav ist, im Allgemeinen aber zur nächst benachbarten Partie des Chorions mit der Längsachse radiär steht, also dieselbe Stellung hat wie an älteren Keimen des Menschen die Primitivstreifenregion (vergl. die von mir im Jahre 1889 beschriebene Keimscheibe mit Canalis neurentericus im Archiv für Anatomie und Physiologie). Es entspricht auch der im gegenwärtigen Falle überhaupt vorhandene Theil der Keimscheibe im Wesentlichen der Primitivstreifenregion und bildet eine 0,4 mm lange, ovale, an der Dorsalseite von einer medianen Furche durchzogene Ektoblastplatte, welche vom directen Contact mit dem parallel gelegenen Abschnitt des Dottersackentoblasten durch zwischen beiden gelegene Mesodermmassen getrennt ist, welche vom caudalen Ende continuirlich in den mesodermatischen Heftstrang (Bauchstiel) übergehen, welcher den Embryonalzapfen mit dem Chorionmesoderm verbindet. Das im Heftstrang aufsteigende Entodermdivertikel (Allantoisgang) liegt, wie aus späteren Entwickelungsstadien bekannt ist, median am caudalen Ende der Keimscheibe und hilft diesen Punkt der Keimscheibe ermitteln.

Im Vergleich zu späteren Stadien menschlicher Keime ist der hier beschriebene dadurch ausgezeichnet, dass ihm sämmtliche cranial von der Primitivstreifenregion auftretenden Bildungen (Medullarplatten, Canalis neurentericus) noch fehlen und, wie vergleichende Messungen mir ergaben, auch die Primitivstreifenregion noch nicht ihre volle Länge und definitive Ausbildung erreicht hat, wie zur Zeit der Entwickelung des Canalis neurentericus. Massenhaft in Keimscheibenektoblasten vorhandene Mitosen weisen darauf hin, dass hier lebhaftes Wachsthum stattfindet. — Auffallend ist, dass schon jetzt in den distalen drei Vierteln der Dottersackwand, zwischen Ento- und Mesoblast eine Menge von Blutinseln, die grössten in den von der Keimscheibe aus distalsten Partien, vorliegen. In dieser Gegend erscheint auch schon der Verlauf der einschichtigen Entodermauskleidung des Dottersacks mehr wellig verlaufend, was desswegen Aufmerksamkeit verdient, weil, wie ich in einem früheren Vortrage dargelegt habe, später diese Stelle des Dottersacks der Ausgangspunkt von echten Drüsenbildungen seitens des Entoblasten ist. Später finden sich diese Drüsenbildungen in der ganzen Wand des Dottersacks und stellen ein drüsiges Gewebe dar, welches noch am ehesten einer primitiven Art Lebergewebe vergleichbar ist. Seine Zellen produciren lebhaft Fett, stellenweise werden sie mehrkernig, zu epithelialen Riesenzellen, die bis zu 14 Kernen enthalten und einen Haufen Hämatoblasten vortäuschen können. (Die Epithelschläuche theilen dabei sich dichotomisch, erscheinen (in der 8. Woche) oft dickbauchig ausgeweitet, mit sehr weitem Lumen, oft mit benachbarten Drüsenschläuchen in Contact, ohne je wirklich mit ihnen zu anastomosiren.) — Das hier beschriebene menschliche Ei dürfte neben dem von Mall (Anatom. Anzeiger, No. 18/19 und Johns Hopkins Hospital Bulletin 1893) beschriebenen wohl das jüngste sein, dessen Verhältnisse genauer bekannt geworden sind und das Vertrauen verdienen, dass sie normale sind. Eine mit Abbildungen versehene, bereits druckfertige, ausführlichere Mittheilung über denselben Gegenstand wird demnächst veröffentlicht.

Sitzung vom 18. November 1895.

Prof. **Hensen** berichtet über Versuche, die von Dr. Grusdeff und ihm angestellt sind über **künstliche Befruchtung bei Kaninchen.**

Es wurden nach Laparotomie unreife Follikel angestochen, mit einer dünnen Glascanüle, das Ei in dieselbe eingesogen, dann in die Tube gebracht und in dieselbe vorher und nachher frisches Sperma aus den Hoden eines Kaninchenbocks gebracht. Es gelang, deutliche Furchungen an einem Ei nachzuweisen, obwohl dasselbe noch mit einer Gallerthülle zum Theil umgeben, also noch nicht ganz sprungreif war. Da ein grosser Theil der eingebrachten Eier schon nach kurzer Zeit in der Tube nicht mehr vorhanden war, wurde dieselbe doppelt unterbunden, doch entstand dann starke Hydrosalpinx. Anscheinend werden nicht vollkommen ausgebildete noch mit Gallert aus dem Follikel umgebene Eier rascher, als normale in den Uterus entleert, wo sie schwer zu finden sind.

Prof. **W. Flemming: Ueber Structuren von Nervenzellen.**

Der Vortragende hatte früher[1]) beschrieben, dass die Zellen der Spinalganglien, ausser tingirbaren Körnerschollen, die in verschiedenen Zellen ungleiche Grösse haben, feine unregelmässig angeordnete Fadenwerke führen, und hatte auch bei centralen Nervenzellen (Vorderhorn) eine fibrilläre Structur gefunden. Von Nissl[2]) und v. Lenhossek[3]) ist solche in neuerer Zeit in Abrede gestellt worden; die Zellen sollen nach letzterem Autor ausser den Körnerschollen keine andere Structur besitzen als ein äusserst feines Gefüge, von dem sich nicht ausmachen lasse, ob es körnig oder feinwabig sei. Flemming hat darauf hin eine neue genauere Prüfung von Vorderhorn-Nervenzellen und Spinalganglienzellen mit vielen verschiedenen Methoden angestellt, wobei besonders Sublimatfixirung mit Hämatoxylinfärbung gute Dienste leistete und selbstverständlich feine Schnitte benutzt wurden. Das Ergebniss war: 1) dass an den centralen Zellen in den Fortsätzen und an deren Abgangsstellen eine sehr ausgesprochene feinfibrilläre Streifung zu erkennen ist, die durch den Mittelkörper der Zelle nicht verfolgt werden konnte; 2) an den Spinalganglienzellen wurden die Verhältnisse ganz so gefunden, wie der Vortragende in seiner früheren Arbeit

[1]) Vom Bau der Spinalganglienzellen. Beiträge zur Anatomie und Entwicklungs-Geschichte, Festschrift für J. Henle. 1882. Bonn, Cohen.

[2]) Der gegenwärtige Stand der Nervenzellen-Anatomie und Pathologie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Januarheft 1895 (andere Arbeiten Nissl's dort citirt).

[3]) Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen. 1895. Cap. V: Zur Zellstructur der Nervenzellen.

beschrieben hat (siehe oben). Es zeigte sich zugleich an der Polstelle dieser Zellen, wo der Schnitt in geeigneter Weise gefallen war, eine sehr deutliche feinfibrilläre Einstrahlung in die Zelle, welche jedoch nur in der Peripherie, nicht in der Mitte des Polkegels ausgesprochen erscheint. Uebrigens hat sich Nissl (nach freundlicher brieflicher Mittheilung) gegenwärtig auch von dem Vorhandensein fibrillärer Structuren in Nervenzellen überzeugt. — Eine speciellere Mittheilung wird im „Archiv für mikroskopische Anatomie" gegeben werden.

Aerztlicher Verein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

XVIII. Sitzung vom 3. October 1895.

Herr **Oskar Stein** stellt einen Kranken von 25 Jahren vor, bei dem sich im Laufe der letzten Monate eine Ophthalmoplegia bilateralis imperfecta herausgebildet hat.

Rechts ist der ganze Oculomotorius getroffen, links der Abducens; die Pupillenbewegung ist beiderseits nur minimal; Accommodation rechts normal, links mässig herabgesetzt. Als ätiologisches Moment dürfte Alkoholismus in Frage kommen, ausserdem ist Patient Phthisiker. Lues wird stricte in Abrede gestellt, und finden sich auch weder Narben noch sonstige Anhaltspunkte dafür am Körper. Das Wesen der Erkrankung wird kurz besprochen.

Herr **Simon** berichtet über 5 von ihm in letzter Zeit ausgeführte Totalexstirpationen des Uterus mittels des Thermokauters. Er beschreibt die einzelnen Fälle näher und demonstrirt die gewonnenen Präparate.

Herr **August Beckh** berichtet über zwei Fälle aus seiner Klinik, in denen er die neuerdings auch namentlich durch A. Martin warm empfohlene Kolpotomia anterior vorgenommen hat. Bei beiden Frauen handelte es sich um das wohlbekannte Krankheitsbild der fixirten Retroflexio bezw. Retroversio uteri mit chronischer Endometritis und Perimetritis und Fixation der Adnexe, welche beide Frauen, die eine jetzt 25, die andere 26 Jahre alt, im ersten Wochenbett vor 3 bezw. 4 Jahren erworben hatten; im zweiten Falle war auch eine, offenbar auf cystischer Degeneration beruhende Vergrösserung des rechten Ovariums ums Dreifache nachzuweisen; beide Kranke wurden seit Jahren, in den letzten $2\frac{1}{2}$ Jahren vom Vortragenden noch als Assistent an der Erlanger Universitäts-Frauenklinik mit dem ganzen Apparate der gynäkologischen Therapie behandelt, stets nur mit vorübergehendem Erfolg, so dass schliesslich auf dringenden Wunsch der Patientinnen selbst wegen ihrer hochgradigen Beschwerden zur Operation geschritten wurde, welche in beiden Fällen nach den von A. Martin in der Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, B. II, H. 2, gegebenen Vorschriften vorgenommen wurde; vorher wurde noch in beiden Fällen der Uterus curettirt und die keilförmige Excision der Muttermundslippen ausgeführt. Die Operationen, die durch ausgedehnte Verwachsungen des Uterus und der Adnexe, in einem Falle auch mit dem Dünndarm, complicirt waren, verliefen glatt; im zweiten Falle wurde auch das cystische rechte Ovarium exstirpirt. Auch der Verlauf nach der Operation war ein von irgendwelchen Beschwerden freier, überraschend guter; über den Dauererfolg lässt sich wegen der Kürze der Zeit noch kein Urtheil abgeben. In Concurrenz bezüglich der Behandlungsweise beider Fälle stand die Laparotomie mit Trennung der Adhäsionen und Ventrofixation des Uterus; es wurde aber von derselben im Hinblick auf die günstigen Erfolge der Kolpotomia anterior, namentlich von A. Martin, abgesehen; ob mit Recht, wird die Zeit lehren.

XX. Sitzung vom 7. November 1895.

Herr **Cnopf sen.:** Mittheilungen über die **Wirkung der Diphtherietoxine auf die Gewebe des menschlichen Körpers.** (S. an anderer Stelle dieser No.)

Herr Cnopf jun. demonstrirt im Anschluss an diesen Vortrag den Kehlkopf eines 4jährigen an Diphtherie verstorbenen Knaben mit mehrfachen, theils den Knorpel umfangreich freilegenden Geschwüren des Kehlkopfs; Patient kam am 5. Erkrankungstage hochgradig dyspnoisch zur Aufnahme ins Spital und wurde in den nächsten 6 Tagen 5 mal mit einer Gesammtdauer des Liegens der Tube von $139\frac{3}{4}$ Stunden intubirt und dann zuletzt wegen noch bestehender Dyspnoe am Abend des 6. Tages tracheotomirt; am nächsten Morgen starb das Kind bei freier Athmung plötzlich ohne vorhergehende bedrohliche Symptome. Bei der Section fand sich ausser den erwähnten Geschwüren disseminirte Miliartuberculose und doppelseitiger Pneumothorax entstanden durch Platzen von Luftblasen eines hochgradigen Emphysems des Mediastinum antic.

Herr **Westermayer** demonstrirt aus dem Sectionsmaterial des städtischen Krankenhauses 1) ein Präparat von Syphilis der Leber, 2) ein Präparat vom vollständigen Verschluss der Carotis sinistra in Folge hochgradiger Atheromatose der Aorta. (Näheres über die Fälle, welchen diese Präparate entstammen, wird in nächster Sitzung berichtet werden.)

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 21. December 1895.

Enquête zur Reform der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung. — Die Stellungsnahme der Wiener Aerztekammer. — Die Ertheilung des klinischen Unterrichtes an Infectionskranken. — Amtliche Mittheilung über das Heilserum gegen Diphtheritis.

Am 19. d. Mts. begann im Unterrichtsministerium eine für drei Tage anberaumte Enquête behufs Berathung einer Reform der medicinischen Studien- und Prüfungsordnung, welcher Enquête Vertreter der Regierung, der Professoren-Collegien aller medicinischen Facultäten und acht Aerztekammern Oesterreichs angehören. Das Wiener Professoren-Collegium vertritt Hofrath Prof. Albert. Die Resultate dieser Berathungen sollen officiell veröffentlicht werden.

Inzwischen hat sich auch die Wiener Aerztekammer in ihrer Sitzung vom 17. ds. Mts. mit dieser wichtigen Frage beschäftigt und ihrem Vertreter in der Enquête, Primararzt Dr. Heim, gewisse Directiven mitgegeben, denen er Ausdruck verleihen solle. Einzelne dieser Kammerbeschlüsse sind nun im schroffen Gegensatze zu den Anträgen, welche der medicinische Beirath im Unterrichtsministerium, Prof. Exner, als Referent zu stellen sich bemüssigt fand. Die Streichung der naturhistorischen Vorprüfungen aus dem Lehr- und Prüfungsplane fand allseitige Zustimmung. Während sodann der Referent davon absehen wollte, dass jedem Doctor der gesammten Heilkunde vor Eintritt in die Praxis ein einjähriger Spitalsdienst obligatorisch auferlegt werde, indem er auf die hieraus resultirende Vertheuerung des medicinischen Studiums und auf den Aerztemangel auf dem Flachlande hinwies, beschloss die Wiener Aerztekammer, es sei in der Enquête zu beantragen, dass jeder Doctor vor Zulassung zur Praxis einen zweijährigen Spitalsdienst absolviren müsse, welcher Dienst auch in einem Landesspitale geleistet werden könne. Eine weitere praktische Prüfung sei nicht nöthig, es genüge ein Verwendungs-Attest, dass der Arzt zwei Jahre lang in einem Spitale gedient habe.

Meiner unmaassgeblichen Meinung nach sind die Wiener Kammerräthe darin viel zu weit gegangen,[1]) sie haben mit diesem Antrage, der wohl keine Aussicht auf Realisirung hat, auch andere Zwecke als die von ihnen angestrebten, die praktische Ausbildung der Aerzte zu fördern, unterstützt. Die Chefs der Landesspitäler haben nämlich Mangel an subalternen Aerzten, die Wiener grossen Spitäler dagegen sind mit solchen überhäuft. Die Chefs der Landesspitäler wollen aber billige Arbeitskräfte haben, womöglich unentgeltlich beigestellte. Anstatt durch anständige Bezahlung solche subalterne Aerzte zu gewinnen, petitioniren sie seit Jahren immer wieder für einen obligatorischen Spitalsdienst der neu promovirten Aerzte, angeblich bloss behufs praktischer Ausbildung derselben. Dass die jungen Aerzte in Wien oder sonst an einer Universitäts-

[1]) Die Regierungsvertreter bei den Rigorosen in Wien in ihrer gutachtlichen Aeusserung vom Jahre 1891 und der Oberste Sanitätsrath in seiner Sitzung vom 24. Juni 1893 haben die Absolvirung eines Dienstjahres behufs Erlangung eines Approbationsscheines für genügend erachtet.

stadt, woselbst sie neben ihrem Spitalsdienste auch Curse in allerlei specialistischen Fächern bei Docenten und Assistenten besuchen können, woselbst sie in den grossen ärztlichen Gesellschaften noch viel Anregung und Belehrung finden, woselbst sie endlich erweiterte Gesichtspunkte für alle Lebensfragen gewinnen, viel besser für ihre künftige Thätigkeit als beamtete oder Privatärzte ausgebildet werden, das wird doch Niemand zu bestreiten wagen. Und schliesslich liegt in all' dem ein Zug von Reaction, den wir der Aerztekammer Wiens am allerwenigsten zugemuthet hätten. Ein Dienstjahr genügt für diesen Zweck vollkommen.

Bisher inscribirten die Studenten durch je 4 Semester die Vorlesungen in der Chirurgie und in der internen Medicin. Der Referent wünschte, dass für sie in den zwei genannten Disciplinen bloss je 3 Semester obligat wären, wogegen sie verpflichtet wären, die Geburtshilfe 2 Semester lang, die Augenheilkunde, Kinderkrankheiten und Psychiatrie je ein Semester lang zu belegen. Die Wiener Aerztekammer wird durch ihren Vertreter in der Enquête daran festhalten, dass der Student je 4 Semester den Hauptfächern der Medicin widme, sie wird beantragen, dass jeder Arzt 3 Monate lang an einer geburtshilflichen Klinik der Residenz oder der Provinz (Hebammenklinik) Dienste verrichte, um in diesem Fache wirklich praktisch ausgebildet zu werden. Das Wiener medicinische Professoren-Collegium beantragt, dass die theoretischen Prüfungen womöglich völlig aufgelassen und dass aus den einzelnen Fächern bloss praktische Prüfungen abgehalten werden, und die Wiener Aerztekammer wird sich diesem Antrage anschliessen. Sie will auch gegen die von mancher Seite geplante Einschränkung der Lernfreiheit ankämpfen und schliesslich beantragen, dass das halbe Jahr, welches der militärpflichtige Mediciner als fertiger Arzt in einem Garnisonsspitale abdient, ihm in seine Spitaldienstzeit eingerechnet werde. Wir sehen dem Resultate dieser Enquête mit Spannung entgegen.

Recht gut in den Rahmen dieser Besprechung passt eine am 14. ds. Mts. im k. k. Obersten Sanitätsrathe angeregte Frage, welche ich mit wenigen Worten populär darlegen möchte. Trotz des riesigen Materiales, welches unseren Klinikern zur Verfügung steht, geschieht es wohl oft, dass ein Mediciner die Schule verlässt, ohne z. B. einen Blatterkranken gesehen zu haben. Die Blattern-, Scharlach-, Cholera- etc. Kranken, welche in ein Spital abgegeben werden, werden nämlich immer sofort in einem eigenen Desinfectionswagen in das städtische Infectionsspital gebracht, so dass der klinische Lehrer Kranke dieser Art selten (irrthümliche Diagnose!) oder nie zu Gesichte bekommt.

Im amtlichen Stile heisst dies folgendermaassen: „Der Oberste Sanitätsrath betonte die Nothwendigkeit, dass auch bezüglich der Infectionskrankheiten ein ausreichender praktischer klinischer Unterricht ermöglicht werde, und erörterte ausführlich die sanitätspolizeilichen Vorsichtsmaassregeln, sowohl bei Errichtung von klinischen Infections-Pavillons als auch bei Ertheilung des praktischen klinischen Unterrichts am Krankenbette, bei deren Beobachtung die Erreichung des Zweckes unter Hintanhaltung der Gefahr der Verbreitung der Infectionskrankheiten in Folge dieses Unterrichtes möglich erscheint. Hiebei wurde auf die wissenschaftlichen Erfahrungen über die Ansteckungsfähigkeit der Infectionskrankheiten entsprechend Rücksicht genommen."

Der amtliche Ausweis über die Infectionskrankheiten der X. Berichtsperiode (15. September bis incl. 12. October) 1895 meldet auch folgendes: „Die Zahl der Diphtheritis- und Croupfälle hat in allen Ländern gleichmässig zugenommen. Zur Neuanzeige gelangten (in ganz Oesterreich) 3909 Erkrankungen, der Krankenstand umfasste 4776 Personen, gegen die Vorperiode ist daher eine Zunahme um 1360 Neuerkrankungen und von 1541 Erkrankungen überhaupt eingetreten.

Im Laufe der Periode sind durch Tod 1199 Kranke in Abfall gekommen = 25,1 Proc., während 1313 in Behandlung verblieben. Das Letalitätsprocent schwankte in den einzelnen Ländern zwischen 4,8 (Stadtgebiet Triest) und 37,7 (Dalmatien).

Bezüglich der mit dem Heilserum erzielten Erfolge bei Behandlung Diphtheriekranker wurde aus Oberösterreich im Allgemeinen über sehr gute Erfolge berichtet; auch in Salzburg wurden befriedigende Resultate erzielt. Im Stadtgebiete Triest kommen bei den Kranken ausnahmslos Seruminjectionen zur Anwendung. Ein Distriktsarzt führte in von Diphtherie betroffenen Familien bei 100 Kindern Präventivimpfungen aus und ist bisher keines dieser Kinder erkrankt. In Böhmen berichteten Aerzte mehrfach über Heilwirkungen der Serumbehandlung. In der Bukowina starben von 71 mit Serum behandelten Kranken nur 5 = 7 Proc., während von 113 anderweitig behandelten Kranken 62 = 55 Proc. gestorben sind. Ausserdem wurden 39 Kinder der Privatimpfung unterzogen und ist von diesen kein einziges erkrankt. Ueber üble Zufälle wird von keiner Seite berichtet." — Die officiellen Berichte über den Werth dieses Heilserums lauten mithin anhaltend günstig; gleichwohl findet es in Wien selbst nicht entsprechend oft die wünschenswerthe Anwendung.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société française de Dermatologie et Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. December 1895.

Heilwirkung des Erysipels auf den Lupus.

Hallopeau hat schon seit mehreren Jahren den heilsamen Einfluss des Erysipels auf den Lupus hervorgehoben und sogar vorgeschlagen, es solle ein Isolirdienst eingerichtet werden, in welchem die Lupuskranken durch Einimpfungen eines gutartigen Erysipels behandelt werden könnten; dabei dürften natürlich auch Erysipeltoxine zur Anwendung kommen oder, wenn das Erysipel einen besonders schweren Charakter annehme, Ichthyol applicirt werden. H. stellt einen Kranken vor, welcher vor 6 Jahren von einem schweren Gesichtslupus in Folge eines Erysipels geheilt wurde und seitdem recidivfrei ist.

Besnier glaubt wohl, dass einigemal Heilung eintreten könne, aber verallgemeinern dürfe man das nicht; er sah oftmals den Lupus unverändert nach überstandenem Erysipel. Was man in der Mehrzahl der Fälle beobachten kann, das ist ein momentaner Stillstand in der Entwicklung der Hauttuberculose, beschränkt auf die zeitliche Dauer des Erysipels. Um dieses sehr ungenügende Resultat zu erzielen, müsste man die Kranken allen Gefahren einer intercurrenten Krankheit aussetzen, denn ein eingeimpftes gutartiges Erysipel kann zu einem bösartigen werden

Barthélemy bestätigt letztere Ansicht durch einen Fall, wo nach Scarificationen eines Gesichtslupus Erysipel, in Folge dessen Sinusphlebitis und der Tod eintrat.

Wickham beobachtete an einem Kranken elephantiasisartige Anschwellungen des Gesichtes in Folge von Erysipel.

Mauriac sah bei Syphilis oft in Folge eines intercurrenten Erysipels die Affectionen zurückgehen oder sogar verschwinden; aber diese Besserung resp. Heilung war nur eine scheinbare und das Leiden kam von Neuem wieder zum Ausbruch; auch angenommen, das Erysipel habe eine mildernde Wirkung auf den Verlauf der Syphilis, so könnte die Behandlung derselben mit Erysipel nie empfohlen werden, da dieselbe einen recht gefährlichen Charakter annehmen könne.

Auch Fournier ist der Ueberzeugung, dass das Erysipel höchstens verlangsamend auf den Krankheitsverlauf einwirken, niemals aber Syphilis oder Lupus wirklich heilen könne.

Ueber Gonorrhoe-Rheumatismus.

Emery hebt hervor, dass manche Gonorrhoiker speciell zur rheumatischen Complication disponirt seien, so erwähnt er eines Patienten, welcher 19mal mit Gonorrhoe und eben so oft mit Rheumatismus behaftet war und zwar besonders an den kleinen Gelenken (Zehen) und am Kiefergelenk, so dass der Kranke kaum kauen konnte; auch die Gelenke der Ohrknöchelchen waren befallen, so dass heftige Ohrenschmerzen auftraten, was im Allgemeinen bei Gonorrhoe sehr selten ist.

Fournier betrachtet jene Fälle, wo die Harnröhre ständig in Hypersecretion sich befindet und eine Heilung zu den Seltenheiten gehört, als besonders disponirt für den Rheumatismus, der bei dem geringsten Recidive auftrete. Manchmal werden ein, zwei, selten drei Finger der Hand durch diese blenorrhagische Complication deformirt, ähnlich wie bei Arthritis deformans, bei welcher jedoch alle oder beinahe alle Finger der Hand ergriffen werden. —

Verchères versuchte seit einiger Zeit die Calomel-Injectionen bei Syphilis. Der Schmerz an der Injectionsstelle ist zwar anfangs gering, nach 2—3 Tagen nimmt er aber eine solche Intensität an, dass die Kranken nicht recht gehen und nicht mehr ihrem Beruf nachkommen können, und dauert oft bis zum 6., 7. und 10. Tage und noch länger. Unter 67 Injectionen wurden 32mal locale Schwellungen beobachtet, 6mal Stomatitis, worunter 1 sehr hart-

näckige. V. schliesst, dass die Calomel-Injectionen keine Vortheile bieten und nur in besonderen Ausnahmefällen anzuwenden sind. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Medical Society London.

Sitzung vom 9. December 1895.

Diagnose und Therapie der Frühstadien des Brustkrebses.

Thomas Bryant unterscheidet drei Gruppen von zweifelhaften Fällen: einfache Hypertrophie und Schwellung, Knotenbildung innerhalb der Mamma, Verhärtung der ganzen Brust mit oder ohne Ausfluss aus der Brustwarze und mit oder ohne Vergrösserung der Lymphdrüsen. Im ersteren Falle empfiehlt er frühzeitige exploratorische Incision mit ev. gleich darauffolgender Exstirpation der Geschwulst, im zweiten Falle bei der schwankenden Diagnose, ob Krebs oder Cyste ist Punction angezeigt, was jedoch, wie Marmaduke Sheild an einem Falle nachweist, nicht immer zum Ziele führt, da der Cysteninhalt eingedickt sein kann. In die dritte Gruppe fallen die Adenome und Sarkome, welche oft sehr schwer vom Carcinom zu unterscheiden sind.

In der Discussion wird von Bidwell und Snow darauf hingewiesen, dass die Beschaffenheit des Secrets der Brustdrüse keinen Schluss gestattet auf die Malignität des Tumors. Ersterer behauptet, dass das Auftreten einer einzelnen Cyste in der Brust eine Seltenheit sei, meist treffe man eine ganze Anzahl derselben. Die sogenannten Adenome stellen sich nach Sheild meist bei näherer Untersuchung als Sarkome heraus. Das Vorkommen von Dermoidcysten in der Mamma ist nach Bryant ein ausserordentlich seltenes. F. L.

Verschiedenes.

(Diphtherie-Sammelforschung.) Der Reichsanzeiger veröffentlicht eine Sammelforschung des kaiserlichen Gesundheitsamtes während des zweiten Vierteljahres 1895 über Beobachtungen mit Diphtherieheilserum in verschiedenen Krankenanstalten in Deutschland. Die Forschung umfasst im Ganzen 2130 Fälle aus 192 Krankenhäusern. Von diesen 2130 mit Serum Behandelten starben 306 = 14,3 Proc.; nach Abrechnung der hoffnungslos Eingelieferten, welche innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme starben, betrug die Sterblichkeitsziffer sogar nur 15,3 Proc. Bei 1278 (60 Proc.) wurde durch die bakteriologische Untersuchung die Diagnose „Diphtherie" sichergestellt; davon starben 173 = 13,5 Proc. Die Gesammtzahl der als schwer bezeichneten Fälle betrug 1021 = 47,9 Proc.; davon genasen 731. Leichte Fälle waren es 710 = 33,3 Proc.; davon genasen 709. Je früher die Erkrankten Heilserum injicirt erhielten, um so geringer war das Sterblichkeitsverhältniss; so betrug z. B. dasselbe:

bei den am 1. Krankheitstag injicirten 5,4 Proc. } 6,4 Proc.
„ „ „ 2. „ „ 6,7 „ }
„ „ „ 3. „ „ 10,0 „
„ „ „ 5. „ „ 23,1 „

Als Nachwirkungen des Serums wurden im Wesentlichen nur Hautausschläge, Glieder- und Gelenkschmerzen, sowie leichte Fieberbewegungen in einer Anzahl von Fällen beobachtet. Erstere Schädlichkeiten, die mit Bestimmtheit auf die Wirkung des Mittels hätten zurückgeführt werden können, traten innerhalb der Zeit, während welcher die Kranken nach der Injection noch in den Krankenhäusern verblieben, nicht hervor. Auch das Ergebniss der Sammelforschung des zweiten Quartals ist also ein derart günstiges, sowohl was die Erfolge als was die Unschädlichkeit des Heilserums betrifft, dass die weitere Anwendung desselben empfohlen werden kann.

(Sauerstoffinhalation) hat Ch. J. Macalister (Stanley Hospital zu Liverpool) mit Erfolg gegen Coma uraemicum angewandt. Als der Zustand des betreffenden Patienten schon verzweifelt schien, wurde mittelst einer Kautschuktube Sauerstoff aus dem Reservoir in eines der Nasenlöcher des Patienten geleitet, worauf der Zustand desselben sich schnell besserte. Mehrere andere Anfälle von Coma wurden bei demselben Patienten erfolgreich durch neue Sauerstoffinhalationen bekämpft.

Dieselbe Therapie wandte Macalister mit Erfolg bei Morphiumvergiftung an. Eine Frau hatte 0,25 g Morphin genommen. Sie machte 3—4 Athembewegungen in der Minute. Die Kautschuktube des Sauerstoffbehälters wurde tief in den Pharynx gebracht, man leitete die künstliche Respiration ein, während unter hohem Druck der Sauerstoff ausströmte. Die Cyanose wurde beseitigt, der Puls besserte sich und nach kurzer Zeit war die Athmung normal. (Allg. med. C.-Ztg.)

(CO-Vergiftung.) Im Journal of Physiology (Vol. XVIII) macht Dr. F. Haldane darauf aufmerksam, dass das Kohlenoxyd nicht nur den Sauerstoffgehalt des Blutes beeinflusst, sondern auch eine Herabsetzung der Körpertemperatur bedingt in Folge der verminderten Wärmeproduction. Diese letztere Wirkung tritt erst später ein, ist aber nicht minder gefährlich. Für solche Fälle ist oft ein warmes Bad von grösstem Nutzen, während die künstliche Respiration durch übermässige Erschöpfung des Kranken eher Schaden bringen kann. Zur Unterscheidung, welcher von beiden Fällen vorliegt, gibt Haldane folgende einfache Methode an: Ein Tropfen CO-Blut mit ca. 100 Tropfen Wasser in einem Reagenzglas gemischt gibt eine Rosafarbe, während normales Blut in derselben Verdünnung gelb erscheint. Ergibt diese einfache Probe also eine Rosafarbe, so ist künstliche Respiration, ev. Inhalation von Oxygen angezeigt, im andern Falle, wenn das CO bereits wieder ausgeschieden ist, das Blut also gelb erscheint, ist anzunehmen, dass der Kranke nur mehr an den Folgeerscheinungen der Vergiftung leidet, und sind demgemäss Wärme und Ruhe indicirt. F. L.

Therapeutische Notizen.

(Serumbehandlung der Diphtherie.) Louis Martin, welcher als einer der ersten über die Erfolge der Serumtherapie im grossen Pariser Kinderspitale Ende 1894 berichtete, behandelt in zwei längeren Aufsätzen die Larynxtubage, von welcher er glaubt, dass sie mehr und mehr in Folge der Serumbehandlung die Tracheotomie verdrängen werde und Gemeingut aller Aerzte werden müsse. In der ersten seiner Abhandlungen beschreibt er an der Hand sehr instructiver Zeichnungen eingehend die Technik der Tubage und erwähnt auch all' der unangenehmen Zwischenfälle, welche dabei vorkommen, aber mit fortschreitender Uebung und Sicherheit grossentheils überwunden werden können; im Gegensatz zu den ursprünglichen O'Dwyer'schen langen Tuben empfiehlt er weit kürzere, deren Grössen nach aussen durch entsprechende Alterskennzeichen differencirt werden könnten. In manchen Fällen, wo die Tube ausgehustet wird und die Wiedereinführung auf Schwierigkeit stösst, gelingt es, durch intralaryngeale Injectionen von 5 proc. Mentholöl (1—10 cm auf mehrere Male) den verstopfenden Membranpfropf zu lockern und die Luftwege frei zu machen; in 72 Fällen von Tubage war dies 11 mal nöthig und hatte nur bei 3 Fällen Misserfolg. Nach Einführung der Tube ist es nöthig, das Krankenzimmer ständig dem Einfluss heisser Dämpfe auszusetzen, was auf verschiedene Weise, durch Dampferzeuger complicirter Art oder einfache Wassergefässe geschehen kann.

Die Seruminjectionen wurden in der gewöhnlichen Weise ausgeführt: jedes Kind erhielt beim Eintritt 20 ccm, was oft völlig zur Heilung genügte; unter 526 Patienten wurde 72 mal die Tubage und 3 mal die Tracheotomie gemacht, d. h. in 14 Proc. war ein Eingriff nöthig, während vor der Serumepoche (von 1887—1894) 36 Proc. der Kinder operirt werden mussten. Die Sterblichkeit bei letzteren betrug 77 Proc., während in den letzten 6 Monaten von den 75 Operirten (72 Intubirten und 3 Tracheotomirten) 17 starben, d. i. 23,5 Proc. Mortalität. Von den 3 Tracheotomien endete 1, von den 72 Tubagen 16 mit Tod und unter diesen starben 8 Kinder in den ersten 24 Stunden nach dem Eintritt in das Spital, einige sogar im Augenblicke ihrer Ankunft. Würde man diese noch abziehen, so verblieben 64 intubirte Kinder mit 8 Todesfällen, d. i. eine Mortalität von 13,5 Proc. Neben dem Diphtherieheilserum wurde weiterhin in letzter Zeit noch gegen die complicirende Bronchopneumonie das Antistreptococcenserum von Marmorek[1]) angewandt und zwar mit offenbarem grösstem Erfolge; es genügte meist eine Injection von 10 ccm, um einen prompten Rückgang der sehr bedrohlichen Lungenerscheinungen zu erzielen, einmal gelang dies erst nach der zweiten Injection dieser Dosis. L. Martin steht daher nicht an, es zur Regel zu machen, dass jedes gleichzeitig mit Diphtherie und Bronchopneumonie behaftete Kind eine Injection von 20 ccm Diphtherie- und 10 ccm Antistreptococcenserum an der gewöhnlichen Körperstelle (Regio hypochondriaca) erhalte; keineswegs heilt letzteres immer die Lungenentzündung, den Misserfolg dürfte man aber dann nicht dem gegen die Streptococcen gerichteten Serum, sondern der Anwesenheit anderer Mikroorganismen zuschreiben, die eben durch dieses specifische Mittel nicht anzugreifen sind. Schliesslich sei noch die Gesammtstatistik der letzten 6 Monate gegeben: von 526 aufgenommenen Kindern erwies die bakteriologische Untersuchung 370 als diphtheriekrank, davon starben 44 = 12 Proc., jedoch 20 davon in den ersten 24 Stunden, so dass 350 mit 24 Todesfällen = 6,7 Proc. Mortalität verbleiben. (Bulletin Médical No. 98 u. 99.)

Die verschiedenen geringfügigen Fehler der Procentualberechnung, wie sie, als im Originalartikel enthalten, wiedergegeben sind, ändern zwar in keiner Weise das Gesammtbild; es tritt aber nach dieser reducirten Zahl der wirklichen Diphtheriefälle eine erhebliche Verschiebung im Procentsatz der erwähnten Eingriffe auf. (Anmerk. d. Ref.) St.

(Odol.) Aus einer Arbeit von Naegeli-Akerblohm über Zähne und Mundwässer (Ther. Monatshefte 10, 95) sei hervorgehoben, dass man sich das viel angepriesene Odol bequem selbst herstellen kann, indem man eine 3 proc. Salolalkohollösung mit etwas Saccharin und Pfeffermizöl bezw. einem anderen ätherischen Oel versetzt. Für 80 Pfennige erhält man so, was man sonst mit 2 Mark bezahlt. Odol besteht bekanntlich aus:

Rp. Salol 3,5
Alkohol (95 Proc.) . . 90,0
Aq. dest. 4,0
Saccharini 0,2
Ol. Menth. pip. . . gtt. LX
— Anisi
— Foeniculi . . āā gtt. VI
— Caryophylli . . gtt. II
— Cinnamomi . . . gtt. I.

Kr.

[1]) S. diese Wochenschrift No. 10 und 15, 1895.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. December. In Berlin hat am 19. ds. unter dem Vorsitz des Reichskanzlers Fürsten Hohenlohe im Reichskanzlerpalais die Constituirung des „Vereins zur Begründung von Volksheilstätten" stattgefunden. Als nächstes Ziel des Vereins gilt die Eröffnung einer Heilstätte für 200 Lungenkranke bei Berlin, die unter Mitwirkung des Rothen Kreuzes, des Reichsversicherungsamtes und des Gesundheitsamtes schon am 1. April stattfinden soll.

— Die russische Regierung hat zur Organisation des in Moskau abzuhaltenden internationalen medicinischen Congresses eine Subvention von 30000 Rubel bewilligt.

— Der XIV. Congress für innere Medicin findet in Wiesbaden vom 8.—11. April 1896 statt.

— Cholera in Aegypten. Die seit Anfang October in Damiette zum Ausbruch gekommene Cholera, die wahrscheinlich von der Quarantainestation Tor ausgeht, woselbst die von Mekka nach Medina reisenden Pilger internirt sind, weist bis jetzt ca. 1500 Erkrankungen mit 694 Todesfällen auf (am 5. November 103 Todesfälle innerhalb 48 Stunden). Die bakteriologischen Untersuchungen liegen in den Händen der DDr. Bitter und Kaufmann. F. L.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 49. Jahreswoche, vom 1.—7. December 1895, die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 37,2, die geringste Sterblichkeit Kaiserslautern mit 7,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Barmen und Schöneberg; an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Gera, Königshütte, Mannheim, Zwickau.

— Das Forterscheinen des „Index medicus", der grossen von Billings herausgegebenen medicinischen Bibliographie, das in Folge geringer Betheiligung in Frage gestellt war, ist nunmehr gesichert, nachdem eine genügend grosse Zahl von Aerzten und Bibliotheken sich zur Subscription zu einem erhöhten Preise (100 M.) verpflichtet haben. Angesichts des hohen Werthes des Index medicus für wissenschaftliche Arbeiten ist dieses Ergebniss lebhaft zu begrüssen.

— Die bisher von Herrn Dr. Schlesinger geleitete „Zeitschrift für ärztliche Landpraxis" erscheint fortab unter Redaction von Dr. Georg Honigmann in Wiesbaden unter dem Titel „Zeitschrift für praktische Aerzte", und zwar nicht mehr monatlich, sondern vierzehntägig. — Herr Dr. Schlesinger seinerseits gibt eine neue Zeitschrift unter dem Titel „Die Praxis" heraus.

— Beim Centralblatt für Physiologie, das Prof. Gad im Verein mit Prof. S. Exner (Wien) begründet und mit Prof. Latschenberger (Wien) fast bis zur Vollendung des 9. Jahrgangs geleitet hat, ist an Stelle des Ersteren, der in Folge seiner Berufung nach Prag ausscheidet, Herr Prof. J. Munk (Berlin) in die Redaction eingetreten.

— Von Meyer's Conversationslexikon, V. Auflage ist jetzt der X. Band erschienen. Derselbe umfasst die Stichworte „Kaustik bis Langenau", enthält 1060 Seiten Text nebst 360 Textbildern und zahlreichen Plänen, Karten und Tafeln, und stellt sich nach Inhalt und Ausstattung seinen Vorgängern würdig zur Seite.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Dr. Stadelmann früher Privatdocent der Medicin in Dorpat, jetzt Oberarzt der inneren Abtheilung am Krankenhaus am Urban, habilitirte sich als Privatdocent in der medicinischen Facultät. — **Königsberg.** An Stelle von Braun ist Prof. v. Eiselsberg in Utrecht als ordentlicher Professor der Chirurgie berufen. — **Tübingen.** Prof. Dr. v. Hüfner hat den an ihn ergangenen Ruf nach Strassburg abgelehnt.

(Todesfälle.) In Berlin starb, noch in jungen Jahren, ein tüchtiger Arzt und medicinischer Schriftsteller, Dr. Julius Skamper. Er war ein hervorragender Mitarbeiter der Deutschen Med.-Zeitung; seine für dieses Blatt gelieferten Berichte über die Verhandlungen Berliner Gesellschaften waren in jeder Beziehung mustergiltig.

In Paris starb der Laryngologe Fauvel, 65 Jahre alt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Titelverleihung. Dem II. Assistenzarzte der Kreisirrenanstalt Werneck Dr. Adolf Herfeldt wurde der Titel eines Oberarztes verliehen.

Uebertragung. Die Hausarztstelle bei der Gefangenanstalt Lichtenau wurde dem prakt. Arzte Dr. Adolf Baumann in Neustadt a/Aisch in widerruflicher Weise übertragen.

Abschied bewilligt. Dem Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Röhring, Regimentsarzt vom 2. Ulanen-Reg., mit der gesetzlichen Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen.

Versetzt. Der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. Bögler, Bataillonsarzt vom 9. Inf.-Reg. als Regimentsarzt zum 2. Ulanen-Reg.; der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Ott vom 12. Inf.-Reg. zum 2. Inf.-Reg.

Befördert. Zum Oberstabsarzt I. Cl. der Oberstabsarzt II. Cl. Dr. Moosmair, Regimentsarzt im 15. Inf.-Reg., überzählig; zum Oberstabsarzt II. Cl. der Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Munzert im 7. Inf-Reg., überzählig; zum Stabsarzt der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Fischer vom 2. Inf.-Reg. als Bataillonsarzt im 9. Inf.-Reg.; zum Assistenzarzt I. Cl. der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Karl Müller im 5. Inf.-Reg. Zu Assistenzärzten II. Cl.: in der Reserve die Unterärzte Dr. Arthur Raupach, Dr. Sigmund Werner und Ludwig Winckel (I. München), Oskar Hornung (Würzburg), Dr. Arthur Siebert und Dr. Karl Vogel (I. München), Dr. Richard Bier (Würzburg), Dr. Georg Beyer (Augsburg), Dr. Ludwig Dürnhöfer (Nürnberg) und Dr. Adolf Meinecke (I. München); in der Landwehr 1. Aufgebots der Unterarzt Dr. Otto Joachim (Zweibrücken).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 50. Jahreswoche vom 8. bis 14. December 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 15 (11*), Diphtherie, Croup 48 (60), Erysipelas 22 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber 3 (4), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 381 (371), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 2 (2), Parotitis epidemica 26 (17), Pneumonia crouposa 17 (19), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 38 (40), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 41 (31), Tussis convulsiva 15 (12), Typhus abdominalis 3 (—), Varicellen 48 (22), Variolois — (—). Summa 660 (599). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 50. Jahreswoche vom 8. bis 14. December 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 7 (3*), Scharlach 2 (2), Diphtheritis und Croup 5 (8), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (4), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (—), Brechdurchfall 2 (1), Unterleibtyphus 1 (1), Keuchhusten — (—), Croupöse Lungenentzündung 5 (2), Tuberculose a) der Lungen 13 (20), b) der übrigen Organe 11 (8), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), Andere übertragbare Krankheiten 1 (8), Unglücksfälle 3 (1), Selbstmord 2 (—), Tod durch fremde Hand — (—), Sonstige Todesursachen 2 (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 164 (188), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 21,7 (24,7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14,9 (16,1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,4 (14,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Amtlicher Erlass.

Bekanntmachung, das Diphtherieserum betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Unter Bezugnahme auf § 1 Ziff. 5 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 19. März 1895, das Arzneibuch für das Deutsche Reich, dann die Zubereitung und Feilhaltung der Arzneien betreffend, wird in Ergänzung der Ministerial-Bekanntmachungen vom 11. April und vom 27. Juli 1895 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 143 und 371) Nachstehendes bekannt gegeben:

Nach Mittheilung der „Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. M." und der „Chemischen Fabrik auf Actien (vormals E. Schering), Berlin" wird von diesen Fabriken nunmehr auch ein Diphtherieserum, welches mehr als 200 Immunisirungs-Einheiten in 1 ccm enthält, geliefert.

Der Preis für je 100 Immunisirungs-Einheiten dieses hochwerthigen Serums ist von den genannten Fabriken bis auf Weiteres wie folgt festgesetzt:

bei Serum mit mindestens 300 Einheiten in 1 ccm 45 Pfg.,
„ „ „ „ 400 „ „ „ 60 „
„ „ „ 500 oder mehr „ „ „ 80 „

Hienach kostet ein ccm Serum
mit mindestens 300 Einheiten 1 Mk. 35 Pfg.
„ „ 400 „ 2 „ 40 „
„ „ 500 „ 4 „ — „ etc.

Eine Preisermässigung zu Gunsten der Kranken-Anstalten etc. wird für hochwerthiges Diphtherieserum vorläufig nicht gewährt.

Für Serum mit geringerem Gehalte bleiben die bisherigen Preisbestimmungen in Geltung.

München, 10. December 1895.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär:
v. Kopplstätter, Ministerialrath.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.